



# **Framing et reframing: vers une déstigmatisation de l'incapacité de travail et de l'invalidité**

---



# Framing et reframing: vers une déstigmatisation de l'incapacité de travail et de l'invalidité

---

*Instituut voor Mediastudies, KU Leuven*

*Prof. Dr. Baldwin Van Gorp*

*Dr. Gregory Gourdin*

## COLOPHON

### **Framing et reframing : vers une déstigmatisation de l'incapacité de travail et de l'invalidité**

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel:  
Framing en reframing: op weg naar de destigmatisering van  
arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

Une édition de la Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21, 1000 Bruxelles

Cette publication a été réalisée dans le cadre d'une mission définie par l'INAMI

#### AUTEURS

Badwin Van Gorp & Gregory Gourdin, Instituut voor mediastudies - KU Leuven

#### COORDINATION POUR LA FONDATION ROI BAUDOUIN

Gerrit Rauws  
Yves Dario  
Prabhu Rajagopal  
Pascale Prête

#### CONCEPTION GRAPHIQUE MISE EN PAGE PRINT ON DEMAND

PuPiL  
Jean-Pierre Marsily  
Manufast-ABP asbl, une entreprise de travail adapté

Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be).  
Une version imprimée de cette publication électronique peut être commandée  
(gratuitement) sur notre site [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be), par e-mail à l'adresse  
[publi@kbs-frb.be](mailto:publi@kbs-frb.be) ou auprès de notre centre de contact, tél. + 32-02-500 45 55,  
fax 02-511 52 21

#### DÉPÔT LÉGAL: N° DE COMMANDE:

D/2848/2014/28  
3255

Octobre 2014

Avec le soutien de la Loterie Nationale

## RÉSUMÉ

À l'instar de nombreux pays européens, la Belgique est confrontée à une augmentation du nombre de personnes relevant du système d'incapacité de travail et d'invalidité. Cette augmentation est problématique, parce qu'elle montre que les problèmes de santé sont une des principales raisons pour lesquelles on quitte le marché du travail. Disposer d'un travail rémunéré est une valeur hautement appréciée dans notre société (derrière la famille et les amis). Un travail a non seulement une signification financière, mais il donne aussi à la personne concernée un sentiment de responsabilité et de contrôle. Il assure des contacts sociaux, offre une structure à la vie, etc. Être exclu de la participation au travail fait obstacle à l'ensemble de ces éléments. La non-participation des personnes concernées signifie aussi qu'elles risquent davantage de tomber dans la pauvreté. Cette situation précaire est encore plus pénible en raison de la terminologie utilisée, car 'incapacité de travail' et 'invalidité' ont une connotation péjorative, ce qui contribue à stigmatiser les intéressés et fait obstacle à leur réintégration. Cette étude cherche à donner une image plus équilibrée des deux statuts en utilisant le concept de *framing*.

Le *framing* signifie que l'on choisit (consciemment ou non) une certaine perspective ou un certain point de vue pour examiner un sujet. De ce fait, l'attention se concentre davantage sur certains aspects du thème que sur d'autres. En fonction du frame sélectionné, l'incapacité de travail et l'invalidité auront une signification différente et seront perçues comme plus ou moins problématiques.

Cinq frames et cinq counterframes ont été examinés via une analyse de frames inductive. Les cinq premiers frames associent les notions d'incapacité de travail et d'invalidité à un problème. Quant aux cinq counterframes, ils font l'inverse: ils 'déproblématisent' pour ainsi dire l'incapacité de travail et l'invalidité et, de ce fait, portent sur elles un regard alternatif. Lorsque l'on parle de frames et de counterframes, il n'est pas question respectivement de 'mauvaise' vision et de 'bonne' vision. L'élément-clé est que les counterframes combinés au frame problématisant offrent une image plus nuancée et plus équilibrée de l'incapacité de travail et de l'invalidité.

Un premier frame problématisant est celui du 'Canari dans la mine'. Dans ce frame, l'incapacité de travail et l'invalidité sont les indicateurs d'une interaction pathogène entre les besoins et les capacités des personnes, la manière dont on organise et conçoit le travail dans la société et le contexte financier et économique plus large. Le counterframe 'Gagnant-gagnant' suppose que les travailleurs (en bonne santé ou malades) et les employeurs vivent une situation symbiotique qui profite à tous. La santé et le bien-être sur le lieu de travail sont des atouts importants dont bénéficient tant les personnes que les entreprises et la société.

Un deuxième frame problématisant, 'Anormal', traite de l'exclusion sociale à laquelle les personnes en incapacité de travail et invalides sont confrontées. Parce qu'elles ne répondent pas aux attentes en termes de maladie et de santé, elles sont jugées 'anormales' par l'entourage. Le counterframe 'Vivre autrement' considère que c'est la maladie ou la déficience qui est le problème et non les malades. Ceux-ci se concentrent sur le traitement de leur maladie, apprennent à gérer celle-ci et à l'intégrer dans leur vie.

Dans le frame du 'Gardien', le décalage institutionnel entre la parole du patient et celle du médecin est problématisé. En cas de doute, on privilégie l'avis du médecin. Le counterframe 'Polyphonie' part du principe que le 'travail' et 'la capacité de travail' ne se limitent pas à des questions médicales. Étant donné qu'il s'agit de matières à plusieurs facettes (biologiques, sociales et psychologiques), il est nécessaire de recueillir plusieurs voix, y compris celle des personnes concernées.

Dans le frame 'Labyrinthe', les personnes en incapacité de travail et invalides se perdent dans le dédale des réglementations, ce qui réduit la capacité d'action des intéressés, qui s'exposent finalement à l'isolement et au déclin sociaux. Le counterframe 'Fil d'Ariane' voit dans le système d'incapacité de travail et d'invalidité les mailles d'un filet qui est là pour soutenir les malades et les aider à trouver une issue à leur situation précaire.

'Fraude', le dernier frame problématisant, associe incapacité de travail et invalidité, d'une part, et infraction malhonnête aux règles publiques, d'autre part. Le counterframe du 'Débrouillard' reconnaît qu'il y a bien infraction aux règles publiques, mais tient compte de circonstances atténuantes.

Les frames problématisants ont en commun le fait qu'ils soulignent l'exclusion des personnes concernées, alors que les counterframes se concentrent précisément sur leur inclusion.

## SAMENVATTING

België kent, net zoals vele andere Europese landen, een stijging van het aantal personen die onder het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit vallen. Deze stijging is problematisch, omdat ze aantoont dat gezondheidsproblemen één van de voornaamste redenen voor het verlaten van de arbeidsmarkt vormen. Betaald werk hebben, is binnen onze samenleving een zeer hoog aangeschreven waarde (na de familie en de vrienden). Het heeft niet enkel een financiële betekenis, maar verleent de betrokkene ook een gevoel van verantwoordelijkheid en controle, het zorgt voor sociale contacten, biedt structuur aan het leven enzovoort. Uitgesloten zijn van arbeidsparticipatie staat al deze aspecten in de weg. Ook betekent een niet-participatie een grotere kans voor de betrokken personen om in armoede te vallen. Deze preciaire situatie wordt extra belast door de gehanteerde terminologie: 'arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit' hebben immers een pejoratieve bijklank. Dit werkt de stigmatisering van de betrokkenen in de hand en staat hun re-integratie in de weg. Dit onderzoek levert een bijdrage aan de vorming van een evenwichtiger beeld rond beide statuten door gebruik te maken van het concept *framing*.

Framing houdt in dat men (bewust of onbewust) kiest voor een welbepaald perspectief of invalshoek om naar een onderwerp te kijken. Hierbij worden bepaalde aspecten van dit thema meer onder de aandacht gebracht dan andere. Naargelang het geselecteerde frame zullen arbeidsongeschiktheid en invaliditeit een andere betekenis krijgen, en meer of net minder als problematisch worden ervaren.

Vijf frames en vijf counterframes werden via een inductieve frameanalyse in kaart gebracht. De eerste vijf frames leggen een verband tussen de noties van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, en een probleem. De vijf counterframes daarentegen doen het tegenovergestelde. Ze 'ontproblematiseren' als het ware arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, en bieden er hierdoor een alternatieve kijk op. Bij frames en counterframes gaat het niet om respectievelijk een 'foute' en een 'goede' visie. Waar het om draait is dat de counterframes in combinatie met het problematiserende frame een meer genuanceerd en evenwichtiger beeld van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bieden.

Een eerste problematiserend frame is deze van de 'Kanarie in de Mijn'. In dit frame zijn arbeidsongeschiktheid en invaliditeit indicatoren van een ziekmakende interactie tussen de behoeften en capaciteiten van de personen, de wijze waarop men in de samenleving arbeid organiseert en concipieert, en de bredere financieel-economische context. Het counterframe 'Win-win' stelt dat werknemers (gezond of ziek) en werkgevers in een symbiotische situatie leven waar iedereen wel bij vaart. Gezondheid en welzijn op de werkvloer zijn belangrijke troeven waarbij zowel de personen, de bedrijven als de samenleving te winnen hebben.

Een tweede problematiserend frame, 'Abnormaal', gaat in op de sociale uitsluiting waarmee personen in arbeidsongeschiktheid en invaliditeit geconfronteerd worden. Omdat ze afwijken van verwachtingen inzake ziekte en gezondheid worden de betrokken personen door de omgeving als abnormaal bestempeld. Het counterframe 'Anders Leven' ziet de ziekte of beperking als een probleem, niet de personen. Deze laatste focussen op de behandeling van hun ziekte, het leren ermee om te gaan en het een plaats te geven in hun leven.

In het frame 'Gatekeeper' wordt de institutionele discrepantie tussen het woord van de patiënt en het woord van de arts geproblematiserd. Meer bepaald gaat het erom dat men in geval van twijfel voorrang geeft aan het oordeel van de arts. Het counterframe 'Polyfonie' gaat ervan uit dat 'arbeid' en 'arbeids-capaciteit' niet enkel geneeskundige vraagstukken zijn. Omdat het gaat om materies met verschillende facetten (biologisch, sociaal en psychologisch), is het noodzakelijk om meerdere stemmen op te nemen, inclusief deze van de betrokken personen.

Binnen het frame 'Labyrint' lopen arbeidsongeschikte en invalide personen verloren in een regelgeving-doolhof. Dit verkleint de handelingscapaciteit van de betrokkenen, die zich ultiem blootstellen aan sociaal isolement en neergang. Het counterframe 'Draad van Ariadne' ziet in het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit de draden van een net dat er is om de zieken te ondersteunen en hen helpt een uitweg uit de preciaire situatie te vinden.

'Fraude', het laatste problematiserende frame, legt een verband tussen arbeidsongeschiktheid en invaliditeit enerzijds en het malafide overtreden van publieke regels anderzijds. Het counterframe 'Plantrekker' erkent wel dat er sprake is van een overtreding van publieke regels, maar heeft hierbij ook oog voor 'verzachtende omstandigheden'.

De problematiserende frames hebben gemeen dat ze wijzen op de exclusie van de betrokken personen, terwijl de counterframes zich juist richten op inclusie.



## SUMMARY

Belgium is, just like many other European countries, facing an increasing number of people in work incapacity and invalidity. Such increase is problematic, it indicates that health problems are one of the most important reasons for leaving the labour market. Having a paid job, is within the context of our society a highly praised value (just after family and friends). It does not only have a financial meaning, it also provides the concerned person a sense of responsibility and control, social contacts, a structured life etcetera. Being excluded from labour participation interferes with all of these aspects. A non-participation also enhances the probability for the involved persons of falling into poverty. Such precarious situation is further complicated due to the used terminology: 'work incapacity' and 'invalidity' have indeed a pejorative connotation. This paves the way for the stigmatisation of the involved persons and obstructs their re-integration. The present research seeks to contribute to the creation of a more balanced image regarding both statutes by making use of the *framing* concept.

Framing involves a choice (consciously or unconsciously) in favour of a certain perspective or point of view for looking at a topic. Doing this certain aspects of this topic get more attention than others. According to the selected frame work incapacity and invalidity will get a different meaning, and considered as more or as less problematic.

Five frames and five counterframes were mapped by way of an inductive framing analysis. The first five frames make a connection between the notions of work incapacity and invalidity, and a problem. The five counterframes on the contrary do the opposite. They 'de-problematize' in a way work incapacity and invalidity, and by doing so offer an alternative view on these. Frames and counterframes do not imply respectively a 'wrong' and a 'correct' perspective. The point is that the counterframes in combination with the problematizing frame offer a more nuanced and balanced view on work incapacity and invalidity.

A first problematizing frame is this of the 'Canary in the Mine'. In this frame work incapacity and invalidity are indicators of a pathogenic interaction between the people's needs and capacities, the way labor is organized and conceived within society, and the broader financial-economical context. The counterframe 'Win-win' posits that employees (healthy or ill) and employers live in a mutually beneficial symbiotic situation. Health and wellbeing on the work floor are important assets whereby the persons, the companies and society as well have everything to gain.

A second problematizing frame, 'Abnormal', pays attention to the social exclusion people in work incapacity and invalidity face. Because they deviate from expectation regarding illness and health the concerned people are labelled as abnormal by their environment. The counterframe 'Living differently' sees the illness or constraint as the problem, not the persons. These focus on their illness' treatment, on learning how to handle it and give it a place in their life.

The frame 'Gatekeeper' problematizes the institutional discrepancy between the patient's word and this of the doctor. To be exact, it is about that in case of doubt there will be a bias in favour of the doctor's point of view. The counterframe 'Polyphony' assumes that 'labour' and 'work incapacity' are not merely medical issues. Because it concerns topics with multiple facets (biological, social and psychological), it is necessary to incorporate several voices, including these of the concerned persons.

Within the frame 'Labyrinth' work incapacitated and invalid persons get lost in a regulatory maze. This reduces the person's ability to act, who in the end are exposed to social isolation and downfall. The counterframe 'Ariadne's thread' sees in the system of work incapacity and invalidity the threads of a net aimed at supporting the ill and helping them to find a way out of the precarious situation.

'Fraud', the last problematizing frame, establishes a link between on the one hand work incapacity and invalidity, and on the other hand the dishonest violation of public rules. The counterframe 'Opportunist' acknowledges the existence of a violation of public rules, but it also takes some 'mitigating circumstances' into account.

The problematizing frames have in common that they point at the exclusion of the concerned people, while the counterframes focus on inclusion.

## AVANT-PROPOS DE L'INAMI

L'assurance indemnités a longtemps été la 'belle endormie' de la sécurité sociale. Au début de ce nouveau siècle, sous la pression conjuguée du vieillissement de la population et des mutations du monde du travail, ce secteur de la sécurité sociale a connu une augmentation constante de ses effectifs et, par corolaire, une hausse des budgets consacrés aux indemnités versées aux travailleurs qui doivent quitter, temporairement ou définitivement, le marché du travail pour des raisons médicales.

A l'origine, se prémunir contre le risque d'invalidité a été une des premières préoccupations des travailleurs. Bien avant la création de la sécurité sociale, les premières caisses de prévoyance sociale s'organisaient pour permettre aux travailleurs devenus invalides de continuer à assurer un niveau de vie décent à leur famille. Il n'était pas encore question d'assurance contre le chômage voire même de prestations de vieillesse.

Le terme d'invalidité est intimement liée à la nature du travail presté et du marché de l'emploi de l'époque. Il apparaît dans le contexte de l'industrialisation où l'essentiel de la force de travail est affectée à des tâches lourdes dans le monde industriel. Bien entendu, l'assurance contre l'invalidité est, alors, fortement associée aux risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles) mais les accidents de la vie et surtout les maladies non professionnelles constituent, à l'époque, un part non négligeable des cas d'invalidité. La tendance s'inversera progressivement. A mesure que les conditions de travail s'améliorent et que l'espérance de vie s'allonge, les cas d'invalidité non professionnels augmentent. A l'heure actuelle, près de 300.000 citoyens perçoivent une indemnité d'invalidité (soit un congé de maladie supérieur à un an) alors qu'ils sont près de 450.000 à s'absenter chaque année pour une période d'incapacité de travail inférieure à un an.

L'ère de l'industrialisation est derrière nous. Les cas d'invalidité et d'incapacité de travail se concentrent avant tout dans les maladies dites 'de société': troubles mentaux, maladies du système musculaire ou troubles rhumatologiques.

Malgré cette évolution, la notion d'invalidité n'a pas disparu dans nos textes légaux. Dans le langage courant, l'invalidité évoque avant toute chose les invalides de guerre, les mutilés, les gueules cassées. Ceux qui ont subi des dommages irréversibles rendant impossible toute forme de reprise de travail. Le terme est rassurant. Il rappelle à quel point la solidarité nationale a pu jouer après les grands conflits du siècle précédent. Mais est-il encore adapté à la situation socio-économique actuelle ?

Dans le cadre de son 50ème anniversaire, l'INAMI a souhaité développer des balises pour l'avenir de ses missions. Dans ce contexte, l'invalidité a fait l'objet d'une attention particulière. Grâce aux progrès de la médecine, aux développements de nouveaux concepts d'assistance sociale (comme le disability management), l'invalidité n'est plus vue comme une fatalité. Le retour au travail devient, tant pour les travailleurs que pour les institutions de sécurité sociale, un objectif dans de nombreuses situations. Le travail de qualité (re)devient un facteur d'amélioration de l'état de santé et de socialisation. Dans ces conditions, est-il toujours opportun d'octroyer aux travailleurs écartés du marché de l'emploi pour des raisons médicales, un statut aussi stigmatisant ? C'est la question que l'INAMI a souhaité poser à la Fondation Roi Baudouin dans le cadre d'un vaste chantier de réflexion autour de l'avenir de l'assurance indemnités. Le présent rapport consacrée au 'framing' de l'incapacité de travail est la première pierre de cette édifice.

François Perl  
Directeur général  
Service des Indemnités de l'INAMI

## AVANT-PROPOS DE LA FONDATION ROI BAUDOUIN

A l'occasion de son 50ème anniversaire, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) a sollicité la Fondation Roi Baudouin (FRB) pour organiser un dialogue citoyen autour de l'avenir de l'assurance maladie-invalidité.

Dans ce contexte, l'INAMI a notamment donné pour mission à la FRB de rechercher un nouveau cadre de réflexion pour repenser les concepts d'incapacité de travail' et d'invalidité'.

En effet, les dénominations 'incapacité' et 'invalidité' apparaissent comme de plus en plus désuètes et ne correspondent, en tous cas, plus tout à fait au modèle de société 'actif' que nous connaissons aujourd'hui. Dans le système de protection sociale du XXIème siècle, les allocations ne sont plus la seule préoccupation des bénéficiaires. Elles ont été rejointes par leur volonté d'insertion dans la société et de participation sociale.

Dans ce rapport, la FRB propose donc un cadre pour une représentation sociale plus équilibrée des personnes en 'incapacité de travail' ou en 'invalidité', et ceci via une étude de 'framing': une méthode d'analyse inductive où, à partir d'une analyse de textes et d'images, on essaye de dégager des schémas récurrents. Ces frames sont ensuite confrontés à la littérature scientifique, pour enfin être classés dans une matrice qui permet de communiquer de manière plus nuancée sur le sujet étudié.

Ce sont Baldwin Van Gorp et Grégory Gourdin qui ont mené cette étude pour le compte de l'Instituut voor Mediastudies de la KULeuven. Celle-ci a inclus des workshops avec un groupe d'assurés afin d'apprendre comment ils vivent ou ont vécu ces statuts d'incapacité de travail' ou d'invalidité' et avec un groupe de professionnels du social, de l'emploi, de l'insertion, de la santé, du handicap afin d'échanger autour de ces statuts. La FRB aimerait remercier ici tous ceux qui ont participé à ces workshops pour leur contribution à cette recherche.

Via ce rapport, la FRB remet ainsi à l'INAMI un cadre de référence qui pourra lui permettre, dans une étape ultérieure, la recherche d'un/de nouveau/x nom/s définitif/s qui pourrait/aient remplacer les termes 'incapacité' et 'invalidité'. Mais, plus que de simples noms, la FRB espère aussi que ce cadre de référence pourra contribuer à la réflexion plus globale lancée par l'INAMI autour de la réforme du régime de l'incapacité de travail.

Bonne lecture!

Fondation Roi Baudouin



# TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	3
Samenvatting .....	5
Summary.....	7
Avant-propos de l'INAMI.....	9
Avant-propos de la Fondation Roi Baudouin .....	11
Table des matières .....	13
<b>Introduction</b> .....	15
<b>1. Incapacité de travail et invalidité</b> .....	17
1.1. Définition .....	17
1.2. Maladie, santé et participation sociale .....	20
<b>2. Méthodologie</b> .....	25
2.1. La construction de la réalité par le framing .....	25
2.2. Méthode utilisée .....	27
2.2.1 Frame packages .....	27
2.2.2 Une stratégie de recherche inductive.....	27
<b>3. Résultats</b> .....	31
3.1. Frames problématisants et counterframes .....	33
3.1.1 Frame problématisant: Anormal .....	33
3.1.2 Counterframe: Vivre autrement.....	36
3.1.3 Frame problématisant: le Gardien .....	39
3.1.4 Counterframe: la Polyphonie .....	41
3.1.5 Frame problématisant: le Labyrinthe.....	42
3.1.6 Counterframe: Fil d'Ariane .....	43
3.1.7 Frame problématisant: la Fraude .....	45
3.1.8 Counterframe: le Débrouillard.....	47
3.1.9 Frame problématisant: le Canari dans la mine .....	48
3.1.10 Counterframe: Gagnant-gagnant .....	51
3.2. Défis et solutions .....	53
3.2.1 Travail .....	53
3.2.2 Compétences.....	54
3.2.3 Réglementation .....	54
Accès & sortie .....	54
Dans le système .....	55
Infraction aux règles .....	55
<b>4. Conseils de communication</b> .....	57
4.1. Une boîte à outils bien rangée .....	57
4.2. L'utilisation pratique des frames définis .....	60
4.3. Vers des appellations alternatives.....	62
<b>Conclusion</b> .....	65
Bibliographie.....	67
Annexe 1: Récapitulatif du matériel d'analyse .....	71
Annexe 2: Matrice des frames .....	74





## INTRODUCTION

***"J'ai finalement dû accepter l'invalidité, mais c'était à contrecœur, car je me sentais stupide, humilié, lésé. Je ne l'ai jamais vraiment accepté, je me sens inutile et j'ai l'impression d'être une charge pour la société".***

*(Réseau de lutte contre la pauvreté, 2 juillet 2013)*

La citation ci-dessus est révélatrice d'une zone de tension importante dans le système d'incapacité de travail et d'invalidité. En effet, les personnes concernées sont face à une contradiction (Crooks et al. 2008). D'une part, elles ont besoin de ce statut pour accéder officiellement aux avantages qu'offre le système et, d'autre part, elles s'insurgent contre l'étiquette officielle qui les qualifie d'incapables de travailler et d'invalides, ressentie comme une humiliation.

Mais, la contradiction ci-dessus n'est pas le seul problème auquel les personnes sont confrontées. Elles font aussi l'objet de méfiance de la part des autres membres de la société. Car, une majorité de la population belge pense que l'assurance-maladie fait l'objet de nombreux abus. Près de quatre Belges sur dix pensent que de nombreux bénéficiaires reçoivent une allocation d'invalidité alors qu'elle ne se justifie pas. Qui plus est, six Belges sur dix affirment qu'un grand nombre de personnes en congé de maladie devraient pouvoir travailler (Elchardus & Te Braak 2014). En d'autres termes, une partie non-négligeable de la population associe l'incapacité de travail et l'invalidité à des stéréotypes négatifs, tels que 'l'allocataire bronzé'. Il va de soi que cette perception favorise la stigmatisation des personnes concernées.

À l'instar d'autres pays européens, la Belgique enregistre depuis quelques années une forte augmentation du nombre de personnes qui quittent provisoirement ou définitivement le marché du travail en raison d'une incapacité de travail. Cette augmentation a poussé l'INAMI à créer une taskforce 'Incapacité de travail' en 2010. Cette taskforce constate que les termes 'incapacité de travail' et 'invalidité' utilisés jusqu'à présent ont une connotation péjorative, susceptible de faire en outre obstacle à la réintégration des intéressés (INAMI 2011).

L'INAMI a demandé à la Fondation Roi Baudouin d'organiser un exercice de réflexion sur la terminologie de l'incapacité de travail et de l'invalidité. Pour cette mission, la Fondation Roi Baudouin a collaboré avec l'Instituut voor Mediastudies de la KU Leuven. Les collaborateurs du centre de recherche ont étudié les frames et counterframes qui s'y rapportent, c'est-à-dire qu'ils ont cartographié les différentes perspectives ou points de vue sur la base desquels les différentes parties prenantes considèrent la thématique. Avec les résultats de cette étude, l'INAMI pourra chercher à donner un nouveau contenu à l'accompagnement des personnes concernées en veillant à une

collaboration durable entre le travail et les soins. Cette étude espère contribuer à créer une image plus équilibrée des statuts d'incapacité de travail et d'invalidité, tant auprès des personnes concernées – car il existe aussi une auto-stigmatisation – et des différentes parties prenantes que dans la société dans son ensemble.

Ce rapport ne doit pas être considéré uniquement comme le résultat d'un exercice de réflexion isolé. Il s'inscrit au contraire dans un changement de paradigme autour de l'incapacité de travail et de l'invalidité. Cela signifie qu'en pratique, l'accent est mis non seulement sur la garantie d'un revenu de remplacement, mais aussi sur l'élaboration d'instruments visant à aider les intéressés à retrouver le chemin du marché du travail. Cette tendance s'observe également au plan international (INAMI 2014b; OCDE 2010). Il convient de noter à cet égard que l'on a récemment jeté les bases d'une telle réforme en Belgique. Celle-ci se propose notamment de (INAMI 2014b) :

- mieux cartographier les possibilités restantes et les compétences encore présentes chez les intéressés. Le processus d'évaluation d'une incapacité de travail doit se faire de manière uniforme, sur la base de recommandations et de directives scientifiques;
- éliminer les éventuels pièges à l'emploi;
- recourir davantage aux services régionaux de formation professionnelle et d'emploi dans l'objectif d'une réintégration socioprofessionnelle des personnes en incapacité de travail. L'INAMI a récemment conclu d'importants accords de coopération en ce sens;
- créer des réseaux et instaurer une collaboration entre tous les acteurs concernés (médecins-conseils des organismes assureurs, médecins du travail, médecins traitants);
- mettre sur pied des initiatives de '*disability management*' pendant l'accompagnement des personnes en incapacité de travail vers un emploi;
- promouvoir une nouvelle culture de prévention des incapacités de travail en étant plus attentif aux risques évitables (problèmes psychosociaux);
- introduire des incitants destinés aux employeurs.

Le rapport comprend quatre parties. La première est une introduction au thème de l'incapacité de travail et de l'invalidité. La deuxième décrit la méthode de travail utilisée. En particulier, elle explique brièvement en quoi consiste une étude de framing et décrit sa méthodologie. La troisième partie du rapport présente les résultats de l'étude. La dernière formule quelques conseils concrets en matière de communication.

# 1. INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ

## 1.1. Définition

L'élaboration progressive de l'État-providence belge depuis la fin du XIXe siècle impliquait une rupture par rapport à l'idée de 'faute individuelle'. Le risque de se retrouver sans travail n'était plus une responsabilité individuelle de l'intéressé, mais une responsabilité collective. Un tel modèle d'assurance sociale combine les notions d'assurance sociale et de travail. Cette dernière notion est cruciale. Elle accorde à l'individu la jouissance de certains droits sociaux. Ainsi, l'accès à la sécurité sociale n'est pas lié à la citoyenneté – comme dans le modèle *Beveridge* britannique, par exemple – mais est une conséquence du travail de l'intéressé. Dans un premier temps, l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 a instauré l'assurance-maladie et invalidité obligatoire pour les seuls ouvriers et les personnes à leur charge. Ce n'est que dans le courant des années 60 du siècle passé que le reste de la population belge a progressivement été repris dans ce système (Hassenteufel & Palier 2007; Deferme 2007; Vanthemsche 1995; Blank & Bureau 2004; Engels 1970).

Ce modèle d'assurance implique en outre la réglementation juridique du 'non-travail' en raison d'une maladie ou d'une invalidité. C'est la compensation de la perte de salaire de la personne en question qui prime ici – ou plus exactement de sa capacité de gain – par l'attribution d'un revenu de remplacement. Celui-ci a pour but de garantir un certain niveau de vie aux personnes touchées. Le système fait toutefois une distinction entre les salariés (dont ressortissent les chômeurs) et les indépendants. La différence réside dans le fait que les salariés peuvent compter dans un premier temps sur un revenu garanti, alors que les indépendants doivent faire appel à leurs propres ressources financières pendant cette période. Après cette période d'incapacité de travail initiale, les deux groupes bénéficient d'une allocation de la mutuelle. De plus, le système d'incapacité de travail fait une distinction entre *l'incapacité de travail primaire* et *l'invalidité*. La première concerne la première année d'incapacité de travail. C'est le médecin-conseil de la mutuelle de l'intéressé qui est habilité à reconnaître une incapacité de travail. L'invalidité prend cours lorsque l'incapacité de travail est reconnue depuis plus d'un an. À la demande du médecin-conseil, le Conseil médical de l'invalidité (INAMI) statue sur la reconnaissance et le prolongement de l'invalidité (INAMI 2014a).

En 2011, près de 7% de la population active belge ont reçu une allocation d'invalidité dans le cadre du système d'incapacité de travail (INAMI 2011). Les chiffres détaillés montrent qu'en 2011, des salariés se sont absentés de leur travail pendant moins de 71 jours dans 46,22% des cas d'incapacité de travail primaire. À noter que plus d'un cas sur dix (11,25%) se trouvait déjà à la limite de l'invalidité. Si l'on tient compte de l'âge, on constate que les personnes entre 45 et 49 ans sont les plus touchées (15,67%). La catégorie plus large des 40 à 54 ans représente même près de 44% du nombre total de cas. Dans près d'un cas sur cinq, la personne en incapacité de travail primaire est un ouvrier entre 40 et 54 ans. On enregistre 174,07 cas pour 1000 ouvriers et 132,73 cas pour 1000 ouvrières. Chez les employés, en revanche,

il est question de respectivement 81,58 femmes et de 46,10 hommes. La durée d'indemnisation moyenne est la plus longue chez les ouvrières (79,43 jours), suivies par les employées (77,98 jours), les employés (74,38 jours) et les ouvriers (69,20 jours). Pour les indépendants, on observe deux groupes équivalents en ce qui concerne la durée d'incapacité de travail primaire. D'une part, elle dure entre 338 et 365 jours dans environ trois cas sur dix et entre 29 et 98 jours dans trois autres cas sur dix. En ce qui concerne l'âge, c'est la tranche entre 50 et 54 ans qui est la plus touchée (17,99%). La tranche d'âge entre 45 et 59 ans représente plus de la moitié des cas (51,02%). En 2011, le nombre moyen de cas de maladie par 1000 bénéficiaires est de 23,14 pour les indépendantes et de 19,97 pour leurs collègues masculins. La durée d'indemnisation moyenne pour cette même période s'élève à 142,90 jours pour les femmes et à 141,83 jours pour les hommes (INAMI 2012).

L'invalidité touche principalement des femmes (53,33%) et des ouvriers (73,5%). Lorsque l'on croise les deux catégories, on constate que dans près de quatre cas sur dix, les invalides sont des ouvriers (39,49%), suivis par les ouvrières (34%), les employées (19,3%) et les employés (7%). En ce qui concerne l'âge des invalides, on constate que plus d'un invalide sur cinq (22,14%) se trouve dans le groupe de 55 à 59 ans. La tranche d'âge de 50 à 64 ans regroupe six invalides sur dix (59,38%).

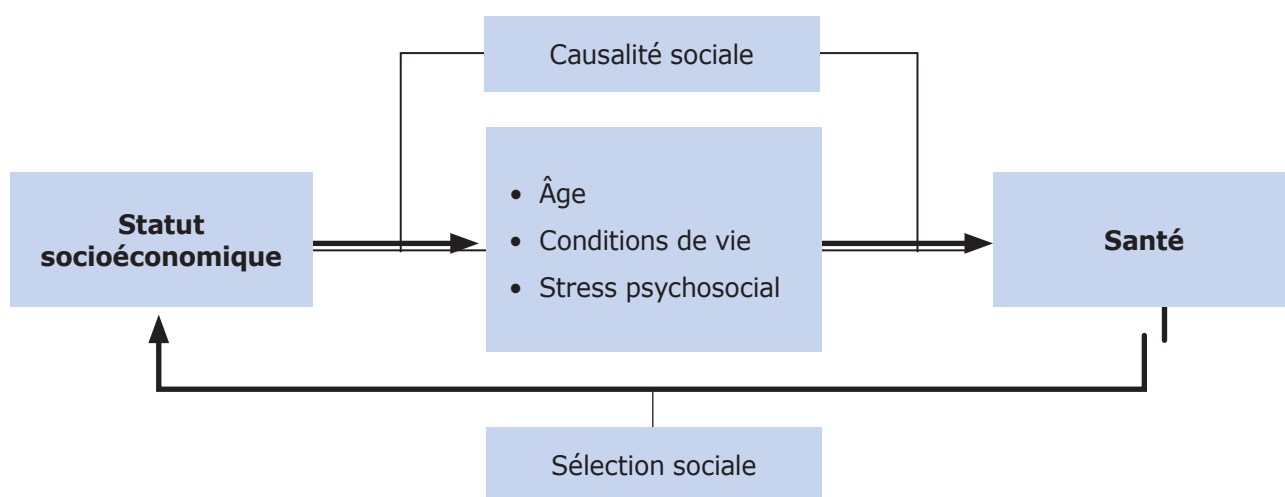
Dans plus d'un cas sur trois (34,47%), il est question de troubles psychiques (généralement chez les femmes). Le deuxième grand groupe (27,53%) est constitué de malades du système musculo-squelettique et des tissus conjonctifs (principalement des femmes). Enfin, moins d'un malade sur dix (7,25%) souffre d'une maladie cardiovasculaire (surtout des hommes). Chez les indépendants, ce sont surtout les hommes (63,48%) et la tranche d'âge de 60 à 64 ans (36,67%) qui sont touchés. La tranche d'âge de 50 à 64 ans représente près de huit indépendants invalides sur dix (78,48%). Dans près de trois cas sur dix, il s'agit d'une maladie du système musculo-squelettique ou des tissus conjonctifs (28,95%). Les troubles psychiques touchent environ un cinquième des invalides (19,59%) et, enfin, un peu plus d'un indépendant invalide sur dix souffre d'une maladie cardiovasculaire (12,21%) (INAMI 2012).

Dans une perspective longitudinale, les chiffres indiquent une tendance à la hausse. Le nombre de personnes en incapacité de travail est clairement en augmentation en Belgique. Entre 2005 et 2011, le nombre de personnes en incapacité de travail primaire est passé de 368 157 à 426 212. Pendant la même période, le nombre d'invalides a augmenté de 225 951 à 304 452. De plus, la durée d'indemnisation moyenne augmente chez les salariés. On constate également une augmentation du nombre de personnes (tant salariées qu'indépendantes) atteintes de troubles psychiques ou d'une maladie du système musculo-squelettique ou des tissus conjonctifs (INAMI 2012). Cette augmentation est problématique au point que les problèmes de santé constituent l'une des principales raisons pour lesquelles on quitte le marché du travail (Bruyninx et al. 2012). L'augmentation du nombre d'invalides est certainement un phénomène préoccupant, car plus une personne est absente du marché du travail, plus elle éprouve de difficultés à retrouver un emploi (voir par exemple Sigg 2009). L'OCDE (2010) signale que le nombre de personnes en incapacité de travail dépassait déjà le nombre de chômeurs avant la récession économique de 2008. Les coûts de l'incapacité de travail étaient jusqu'à deux fois plus élevés et, dans les pays scandinaves et anglophones, ils étaient même de cinq à dix fois supérieurs à ceux du chômage<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Nous renvoyons ici à une donnée selon laquelle l'allocation pour incapacité de travail en Belgique est supérieure à l'allocation de chômage. Pendant les trois premiers mois de chômage, un chômeur cohabitant ayant charge de famille a droit à une allocation journalière allant de 43,65 € (min.) à 61,66 € (max.). En cas d'incapacité de travail, l'allocation est de 78,96 € par jour (Service de lutte contre la pauvreté 2014).

Cette situation ne signifie pas seulement une charge en termes de soins pour les États-providence. Les intéressés en subissent aussi les conséquences. Le travail rémunéré est une valeur hautement appréciée dans notre société, derrière la famille et les amis (Abts et al. 2011). Un travail rémunéré a non seulement une signification financière, mais il donne aussi à l'intéressé un sentiment de responsabilité et de contrôle, il lui assure des contacts sociaux, confère une structure à la vie, etc. (Neefs et al. 2012). Être exclu du marché du travail met fin à tout cela. La non-participation des personnes concernées signifie aussi qu'elles risquent davantage de tomber dans la pauvreté (OCDE 2010). Ce qui est d'autant plus néfaste que la pauvreté incite les intéressés à reporter les soins de santé. On observe ce comportement notamment chez les personnes qui vivent d'un revenu de remplacement (Enquête de santé 2008).

Les différences socioéconomiques en matière de santé ne concernent pas seulement l'accessibilité (financière) aux soins. Il existe aussi des inégalités au niveau de la ventilation sociale des maladies. On retrouve les problèmes chroniques, les déficiences et douleurs physiques surtout dans les couches les plus basses de la société. Le même constat s'applique aux troubles psychiques et émotionnels, ainsi qu'au comportement suicidaire (Jadot 2008; Enquête de santé 2008). Comme le montre la figure 1, il existe une interaction complexe entre la santé d'une personne et sa situation socioéconomique en raison de mécanismes de sélection sociale (la santé comme facteur principal) et de causalité sociale (le statut socioéconomique comme facteur principal). Le statut socioéconomique n'a pas seulement une influence sur la santé de l'intéressé. L'impact (social) d'une maladie dépend aussi fortement du statut socioéconomique de celui qui en est victime. Une bonne position sociale offre une meilleure protection qu'une position sociale plus basse (Beck 2001). On risque de voir la crise économique actuelle frapper encore plus durement les personnes socialement plus faibles et on devrait s'attendre, à terme, à une nouvelle augmentation du nombre d'invalides (OCDE 2010).

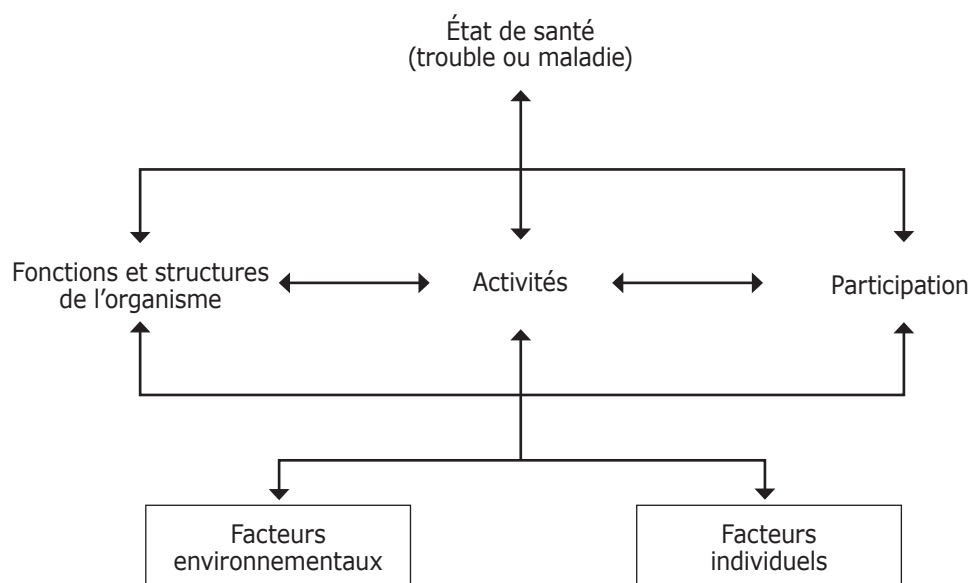


**Figure 1. Interaction entre la santé et le statut socioéconomique**

(Source: Beck 2001).

## 1.2. Maladie, santé et participation sociale

En ce qui concerne l'explication de la (non-)participation sociale des malades et des invalides, trois grands modèles sont disponibles dans la littérature: *le modèle médical*, *le modèle social* et *le modèle bio-psycho-social*. Dans *le modèle médical*, une participation sociale moins importante est la conséquence d'une déficience de l'individu. Cette vision impute la responsabilité complète de la non-participation à la personne même. En revanche, *le modèle social* impute la responsabilité à la société. La déficience est définie comme étant une construction sociale. Il ne s'agit pas d'une caractéristique de l'individu, mais du résultat de facteurs environnementaux. Le *modèle bio-psycho-social* combine les deux précédents. Ici, la (non-)participation est le résultat d'une interaction entre l'état de santé de l'intéressé (maladie, fonctions et structures physiques) et des facteurs contextuels. Ceux-ci sont, entre autres, des caractéristiques liées tant à l'environnement (par exemple l'attitude sociale, les caractéristiques architecturales, le système légal) qu'à la personne (par exemple le sexe, l'âge, l'origine ethnique). Il y a une interaction dynamique entre ces différentes composantes, ce qui implique qu'en intervenant sur l'une d'elles, on peut avoir un impact sur une ou plusieurs autres composantes. Cela implique aussi qu'une activité et une participation accrues des intéressés peuvent avoir une influence positive sur leur santé (OMS 2001). Ce modèle est présenté à la figure 2.

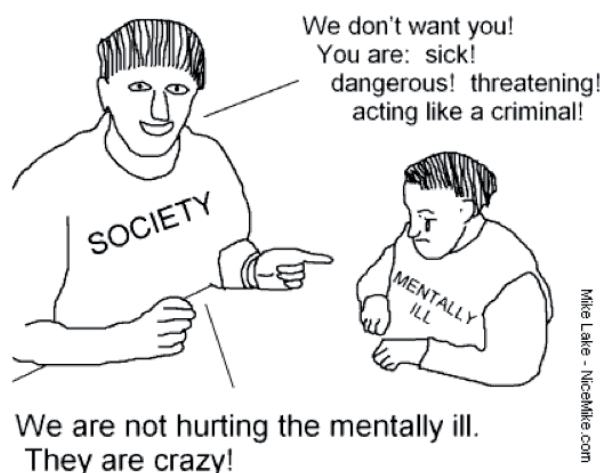


**Figure 2. Le modèle bio-psycho-social**

(Source: OMS 2001).

La figure 2 montre que les personnes concernées ne subissent pas seulement les effets de leur maladie. Des processus socioculturels, comme la stigmatisation, jouent également un rôle. Par stigmatisation, nous entendons une convergence d'éléments qui stigmatisent – étiquettes, stéréotypes, séparation ('nous' et 'eux'), perte de statut et discrimination – au sein d'une situation de pouvoir qui autorise le développement de ces éléments (Link & Phelan 2001). En d'autres termes, l'état de santé de l'intéressé devient la caractéristique générale d'une identité associée à des stéréotypes (négatifs) et à des préjugés. Par conséquent, le 'malade' est 'l'autre' dévalorisé, que l'on exclut. Cette stigmatisation a notamment un impact sur la manière dont on approche les personnes souffrant d'une maladie mentale dans nos sociétés.

La figure 3 illustre le vécu d'une personne atteinte d'une maladie psychique. Ici, le rapport de forces inégal entre la société et la personne est clairement déséquilibré (grande et large par opposition à petite et fragile). Dans cette relation inégale, on exclut le malade, on l'associe à des éléments négatifs et on nie sa souffrance. Et l'on justifie cette attitude en désignant l'intéressé par des termes négatifs tels que dangereux, menaçant et criminel.



**Figure 3. Stigmatisation des malades mentaux**

(Source: [www.WhyHope.com](http://www.WhyHope.com))

La dangerosité et l'imprévisibilité sont des stéréotypes largement répandus en ce qui concerne les personnes avec une maladie mentale (Verhaeghe 2008). D'après une étude, ces représentations négatives apparaissent régulièrement dans les médias populaires. Les maladies psychiques sont associées à des éléments négatifs tels que danger, violence, criminalité, chômage, pauvreté, altérité, échec, faiblesse et impuissance (Signorielli 1989; Rose 1998; Olstead 2002). L'angoisse et la distanciation sont d'autres éléments caractéristiques de l'attitude du public à l'égard des personnes avec des troubles mentaux. Bien que les attitudes divergent en fonction du 'danger' supposé que représente la maladie, la personne avec une maladie mentale est fondamentalement 'l'autre' que l'on évite (Link et al. 1999; Schnittker 2013). La recherche révèle en outre une attitude peu encline à travailler avec ces personnes (Schnittker 2013; Verhaeghe 2008; Verhaeghe et al. 2010) et une (forte) diminution des opportunités d'emploi (Verhaeghe 2008).

Pour comprendre la stigmatisation, il convient de réfléchir aux conceptions culturelles, dominantes et actuelles de la maladie et de la santé. Cette dernière est sans nul doute érigée en norme dans nos sociétés occidentales modernes. On pourrait même parler de nouvelle norme de civilisation (de Vries 1999). Dans un tel contexte culturel, les gens se définissent par le fait qu'ils réussissent ou non à adopter des pratiques saines et par des traits de caractère ou de personnalité qu'ils estiment caractéristiques d'un comportement sain. Quant aux autres, ils sont également évalués selon ces critères.

Dans la littérature, on utilise le terme 'healthism' pour désigner cette norme (Crawford 2006). Le 'healthism' est étroitement lié à une culture basée sur des notions de rationalité fonctionnelle, d'activisme instrumental et d'individualisme (autonomie, épanouissement et compétition). L'activisme instrumental met l'accent sur les performances. Tout ce qui y contribue, notamment la santé, est hautement valorisé. La rationalité fonctionnelle implique de donner la priorité à l'efficacité et à l'efficacé. La maladie rend la personne incapable d'atteindre ces objectifs. Être en bonne santé est aussi une condition pour atteindre les idéaux socialement



valorisés que sont l'autonomie et l'épanouissement. Enfin, le néolibéralisme en vigueur porte aux nues la notion de compétition (Foucault 2008). Un corps en forme et en bonne santé symbolise la volonté et la capacité d'être performant dans un environnement compétitif (Waring & Waring 2009) (voir figure 4).



**Figure 4. Entraînement dans un bureau financier**

(Source: <http://www.mazorin.com/blog/hedgefund-office-workout/>)

Dans le cadre du 'healthism', la santé est une responsabilité individuelle et morale et il est possible d'être en bonne santé en agissant personnellement. Ainsi, le 'healthism' fait le lien entre, d'une part, l'autodiscipline et le contrôle de soi et, d'autre part, la santé et la maladie. La personne en bonne santé choisit de l'être et de le rester et y travaille. De ce point de vue, la santé est une vertu (de Vries 1999), la gestion de l'apparence et la gestion de soi sont l'expression d'une intériorisation de l'exigence d'entretenir son propre corps (Pond et al. 2010; Rysst 2010).

Cette approche spécifique de la santé (et de la maladie) est caractéristique de la classe moyenne professionnelle (Crawford 2006). Pour celle-ci, la santé est une particularité que l'individu peut s'approprier (D'Houtaud & Field 1984). Mais, cette image s'est propagée de ce groupe au reste de la société (de Vries 1999). Les médias populaires jouent un rôle important en la matière. On constate que le 'healthism' y occupe une place prépondérante (Rysst 2010; Lee & Macdonald 2010; Roy 2008; Hodgetts et al. 2005). Étant donné que ces médias mettent des individus en contact avec des discours publics, des représentations sociales ou des exposés qui contribuent à la construction de la 'santé' (Hodgetts et al. 2005), ils cautionnent et diffusent cette image spécifique. La figure 5, la couverture d'un magazine *Men's Health*, en est une illustration.





**Figure 5. Couverture illustrant le concept de santisme**

(Source: <http://magazine-covers.lucywho.com/mens-health-magazine-philippines-january-2009-magazine-cover-t2804910.html>)

Lorsque la santé devient une vertu, une barrière morale tombe et l'on exclut socialement les malades (de Vries 1999). Un autre danger réside dans l'association d'un idéal esthétique bien précis à un idéal de santé physique (Rysst 2010). Autrement dit, l'idée est qu'un corps sain est un corps beau et inversement. La mort, la décadence, la mutilation de ce corps sont des choses à craindre. Des interventions sur le corps liées à la maladie (par exemple une amputation, la perte des cheveux, ...) peuvent avoir un impact négatif sur les relations sociales des personnes touchées (Palacios-Espinosa & Zani 2012).

En insistant sur la responsabilité personnelle – et en passant sous silence les causes sociales – le 'healthism' est fondamentalement une approche très moralisatrice de la maladie et de la santé, qui va de pair avec un rejet croissant des personnes en incapacité de travail. Celles-ci sont en porte-à-faux avec l'image du 'bon citoyen' qui participe activement à la vie économique et sociale, agit de façon rationnelle et est autonome, financièrement indépendant et responsable (Galvin 2002; Ayo 2011). Dans une telle optique, le malade manque de volonté ou son mode de vie est inadéquat. En d'autres termes, il est responsable de son état.

La stigmatisation des personnes en incapacité de travail, qui se produit parce qu'elles ne satisfont pas à la norme en matière de santé, est encore renforcée par leur inactivité professionnelle. Elles sont inactives ou ne sont pas en mesure d'effectuer un travail rémunéré. En effet, disposer d'un revenu professionnel est considéré par la société comme un objectif majeur dans la vie, qui permet de fonctionner de façon autonome, et comme le moyen d'épanouissement suprême. Les mères et les pères au foyer peuvent aussi être confrontés à cette (auto)stigmatisation. Pour les personnes en incapacité de travail, un autre problème se pose, parce qu'elles bénéficient d'un revenu de remplacement et représentent donc un coût. Ou pour l'exprimer crûment: "elles vivent aux crochets d'autrui". En résumé, les personnes dans le système d'incapacité de travail et d'invalidité sont stigmatisées à trois niveaux: elles sont en mauvaise santé, elles ne travaillent pas et elles reçoivent une allocation.



## 2. MÉTHODOLOGIE

### 2.1. La construction de la réalité par le framing

Dès qu'un malaise général autour d'un sujet donné naît dans la société, il devient un problème à traiter. Ce malaise est lié au regard que l'on porte sur lui ou au cadre conceptuel dont on se sert pour le définir. En général, il ne s'agit pas d'un seul regard, mais de différents points de vue sur un même problème, un cadre conceptuel différent étant mobilisé à chaque fois. En s'appuyant sur un premier cadre conceptuel, ceci est le nœud du problème et cela doit se faire de toute urgence, en partant d'un autre cadre conceptuel, c'est de ceci qu'il s'agit et cette solution est préférable. Ou encore : d'un point de vue spécifique, il n'y a absolument aucun problème et on peut difficilement parler de problème à résoudre.

Chaque perspective ou cadre conceptuel dont on se sert pour examiner un problème représente un *frame*. De ce fait, certains aspects de la réalité bénéficient de plus d'attention que d'autres, qui restent en dehors du champ de vision. Si l'on utilise, par exemple, le cadre conceptuel général 'victime innocente' pour donner une signification à la problématique de l'asile, il s'agit de personnes qui ont fui les persécutions et ont été contraintes de quitter leur pays d'origine. En s'appuyant sur ce raisonnement, accueillir les demandeurs d'asile et les aider à se construire une nouvelle vie en sécurité semble aller de soi. Mais, si l'on choisit le cadre conceptuel 'envahisseur hostile', ces mêmes personnes ont délibérément choisi de quitter leur pays pour s'installer ailleurs et y profiter de ce que d'autres ont accompli. Dans ce cas, il n'y a manifestement pas d'autre option que d'élever des barrières et de maintenir une politique de dissuasion et de rapatriement stricte pour mettre fin à l'afflux de demandeurs d'asile (Van Gorp 2006).

Les figures 6 et 7 montrent la façon subtile, bien que probablement inconsciente, dont ces processus de framing se déroulent. Les deux illustrations sont des articles parus dans le même journal flamand, le premier une semaine avant le second. La figure 6 montre deux demandeurs d'asile dont le nom figure dans la légende. "Nous étions piégés, d'où cette fuite désespérée", lit-on dans le titre. Dans le chapeau, on lit : "des demandeurs d'asile désespérés et transis de froid racontent leur histoire poignante". Il y a peu de place pour une quelconque interprétation : les deux personnes sur la photo sont d'innocentes victimes et méritent notre protection. Curieusement, le garçon coiffé d'un bonnet réapparaît dans le journal une semaine plus tard. Cette fois, le titre est le suivant : "Un passeport européen vaut de l'or pour un criminel". Entre-temps, le jeune homme a perdu son identité : il n'a plus de nom. Et il n'a apparemment plus froid, mais il se cache le visage derrière une couverture. C'est clairement un malfaiteur.



Figure 6. Le demandeur d'asile vu comme victime



Figure 7. Le même demandeur d'asile vu comme criminel

L'exemple tiré du journal montre qu'une présentation simpliste de problèmes complexes peut se faire de différentes manières. C'est pourquoi plusieurs frames sont envisageables, chacun donnant lieu à une interprétation spécifique de la réalité. Une controverse va souvent de pair. Il est donc intéressant d'examiner comment différents acteurs formulent les choses dans leur communication, car le frame qui l'emporte n'est pas établi d'avance.

Une nuance importante est que la manière dont un acteur formule un sujet ne détermine pas forcément la manière dont on y réfléchit et dont on en parle finalement, car le framing joue un rôle important non seulement du côté de l'émetteur du message, mais aussi du côté du récepteur. Le frame visé par l'émetteur doit être considéré comme une indication de la manière dont un problème peut être compris. Mais, en utilisant

un frame ou une perspective avec lesquels tout le monde est familiarisé, il y a de fortes chances pour que le public utilise un cadre conceptuel correspondant au frame mobilisé. Sur la base de ces cadres conceptuels individuels, le public interprète le message et lui donne une signification. C'est ainsi que la réalité sociale se construit.

## 2.2. Méthode utilisée

### 2.2.1 Frame packages

Le choix délibéré de partir à la recherche de frames ancrés dans la culture ne facilite pas la réalisation d'une analyse de framing, car généralement, cette forme de framing passe presque inaperçue. Un frame n'est pas toujours explicité textuellement dans un message. Il est nécessaire de lire entre les lignes pour savoir quel frame se cache dans un texte. Ce qui est sûr, c'est qu'au moins un frame doit être présent, car sans cadre conceptuel, un texte est dénué de sens. De plus, une certaine interprétation n'est pas exclue, ce qui soulève la question de savoir si ce n'est pas le chercheur qui impose ses propres cadres conceptuels au texte (Van Gorp 2010). Une analyse de frames n'est pas une science exacte. Il est pourtant possible, et nécessaire, d'utiliser un certain nombre de principes (garder un 'regard ouvert', travailler de façon systématique, comparer sans cesse le matériel,...) pour que la validité des résultats soit suffisante.

Dans une analyse de frames, l'objectif est de chercher, sur la base de l'étude systématique de textes ou d'expressions de communication, un nombre limité de *frame packages* (Van Gorp 2007). Un *frame package* se compose de trois groupes d'éléments : le frame central, les *framing devices* et les *reasoning devices*.

En premier lieu, il y a la désignation du frame proprement dit (c'est-à-dire la valeur spécifique, l'archétype, la métaphore, la vertu, la norme, etc.) utilisée comme une paire de lunettes pour regarder l'incapacité de travail et l'invalidité. De plus, le principe est qu'un frame ne coïncide pas ou n'est pas directement lié à l'incapacité de travail et à l'invalidité, mais opère à un niveau plus abstrait.

Étant donné qu'en général, le frame n'est pas explicitement mentionné dans un texte, il est nécessaire de chercher tous les éléments textuels pouvant activer mentalement auprès du public, le cadre conceptuel abstrait que le frame représente. Tous les éléments pouvant servir de 'déclat' au frame sont des *framing devices*. Il s'agit principalement de métaphores, du choix des mots et des images et de slogans.

Un troisième groupe est constitué par tous les éléments qui forment une histoire de l'incapacité de travail et de l'invalidité, depuis la définition du problème et l'indication des causes et des conséquences jusqu'à la suggestion d'une solution et l'énoncé d'un jugement moral. Dans ces *reasoning devices* réside la véritable force du framing : chaque frame raconte une histoire sans qu'il faille la développer de A à Z. Tout le cheminement de la pensée ne doit pas nécessairement être concrétisé dans le texte.

### 2.2.2 Une stratégie de recherche inductive

En reconstruisant les frames mobilisables dans la communication sur l'incapacité de travail et l'invalidité, l'équipe de recherche a adopté une approche inductive. Cela signifie concrètement que les chercheurs n'ont pas cherché un ensemble de frames préalablement définis pour vérifier s'ils apparaissaient effectivement en tant que frames dans la communication (= déduction). Mais, ils sont partis de messages concrets sur l'incapa-

cité de travail et l'invalidité. À partir des textes concrets, ils ont peu à peu élaboré un nombre limité de *frame packages*. Dans l'analyse, quatre étapes ont été suivies en parallèle : (1) la collecte du matériel d'analyse; (2) la codification ouverte; (3) la codification axiale; (4) l'établissement de la matrice des frames.

1. *La collecte du matériel d'analyse*. L'analyse a débuté par une collecte de textes sur l'incapacité de travail et l'invalidité provenant, d'une part, des médias et, d'autre part, de parties prenantes (par exemple, des organisations patronales et des associations de patients). Grâce à des moteurs de recherche spécialisés (notamment GoPress Academic), des textes ont été recherchés dans les journaux et les magazines belges (francophones et néerlandophones). Les mots-clés suivants ont été utilisés : *incapacité de travail*, *invalidité*, *burnout*, *absentéisme (pour maladie)*, *maladie chronique* et *congé de maladie* (voir l'annexe 1 pour un récapitulatif complet des textes analysés).
2. *La codification ouverte*. Tous les textes ont été systématiquement examinés en gardant un 'esprit ouvert'. Tous les extraits de textes en rapport avec l'incapacité de travail et l'invalidité ont été repris dans une base de données. Les *framing devices* englobaient les aspects textuels suivants : métaphores, choix de mots et slogans. Les *reasoning devices* se rapportaient à des définitions (que signifient l'incapacité de travail et l'invalidité?), des problématisations (qu'est-ce qui ne va pas dans l'incapacité de travail et l'invalidité ou qu'est-ce qui est susceptible d'amélioration?), les causes des problèmes, leurs conséquences, les défis politiques et les solutions aux problèmes.

Parmi les 43 textes francophones et les 44 textes néerlandophones qui composaient l'échantillon, 851 citations pertinentes ont été sélectionnées. Toutes ont été reprises dans un fichier Excel.

La création d'un tel fichier n'est pas nécessaire pour une analyse de frames. Mais, en raison du grand nombre de textes, cette méthode de travail a facilité la recherche de modèles à l'étape suivante de l'étude. Un numéro d'ordre, des codes d'identification et d'analyse ont été rattachés aux différentes citations, ce qui a permis de les classer (par exemple pour regrouper toutes les métaphores) ou d'effectuer des recherches (par exemple pour rechercher toutes les citations dans lesquelles le terme 'fraude' apparaissait).

3. *La codification axiale*. En classant les codes, on a cherché des modèles récurrents dans la base de données. Ce qui a clairement montré, entre autres, qu'il est difficile de définir l'incapacité de travail et l'invalidité de façon stricte, car ces concepts englobent trois aspects. Premièrement, il y a le lien avec le thème du travail. Deuxièmement, il y a les compétences des intéressés ou l'absence de compétences. Troisièmement, l'incapacité de travail et l'invalidité sont associées à leur réglementation.
4. *L'établissement de la matrice des frames*. La saisie de centaines de citations dans une feuille de calcul et la codification axiale poursuivaient un seul objectif : établir progressivement une matrice des frames reprenant tous les *frame packages* envisageables. Cette matrice est le produit final de l'analyse de frames effectuée et vise à comprendre les frames ancrés dans la culture, qui donnent une signification à l'incapacité de travail et à l'invalidité. Cette matrice figure à l'annexe 1, chaque rang représentant un *frame package* et chaque colonne un *reasoning device* ou un *framing device*.

L'établissement d'une telle matrice est comparable à un puzzle : il y a différents éléments (métaphores, définitions de problèmes, solutions,...) qui tous doivent avoir leur place. De plus, un certain nombre de critères d'évaluation s'appliquaient. Premièrement, il devait être possible de construire un raisonnement par frame, en partant d'une définition de l'incapacité de travail et de l'invalidité pour arriver à formuler une solution et à désigner un cadre d'action. Deuxièmement, les différents frames ne pouvaient pas se chevaucher. De cette

manière, les frames finaux s'excluaient mutuellement et l'on évitait par ailleurs une liste de frames interminable. Les variantes d'un même frame étaient reconnues comme telles et placées sous un seul dénominateur. Troisièmement, on s'est efforcé de dresser un inventaire exhaustif des frames possibles, ce qui signifie concrètement que chaque citation tirée des textes devait être associée à un des *frame packages*.

À l'inverse d'une analyse de contenu classique, cette forme d'analyse de frames n'imposait pas aux différents chercheurs d'arriver aux mêmes conclusions sur la base du même matériel et en suivant le même plan par étapes. Cette forme de fiabilité des résultats n'est pas faisable pour une forme interprétative d'analyse de contenu, lorsque l'objectif est précisément de dégager des idées sous-jacentes dans des textes. D'où l'organisation les 13 et 20 février 2014 de deux ateliers auxquels ont participé huit chercheurs de l'Instituut voor Mediastudies. Il leur a été explicitement demandé d'étudier les textes avec créativité et lucidité en partant de leur propre contexte (de scientifique de la communication, de sociologue de la santé, d'historien,...). Les chercheurs ont d'abord travaillé en duo sur un certain nombre de textes, ils les ont ensuite examinés ensemble et ont juxtaposé les résultats.

Des focus groups ont eu lieu les 10, 13 et 17 mars 2014 à la Fondation Roi Baudouin à Bruxelles. Ces focus groups n'étaient pas seulement destinés à fournir un dernier contrôle, mais faisaient partie intégrante du projet de recherche. Les ateliers étaient conçus de manière à donner un maximum de résultats. Concrètement, huit experts du vécu francophones et sept néerlandophones y ont participé. L'âge des participants s'échelonnait de 34 à 68 ans. De plus, il s'agissait surtout de participants de formation supérieure (12), dont beaucoup étaient membres d'un groupe d'entraide (10). Après une courte introduction au 'framing', les experts du vécu se sont mis autour de la table par groupe linguistique (néerlandais et français). Puis, ils ont parcouru et débattu des différents frames et counterframes en présence des chercheurs. La même démarche a été effectuée avec les parties prenantes. Outre ces focus groupes à Bruxelles, un entretien s'est tenu à Namur entre l'équipe de recherche et des représentants d'une partie prenante qui n'avait pu être présente aux ateliers. De cette manière, les frames et counterframes ont pu être testés en détail auprès des principales parties prenantes: experts du vécu, mutualités (médecins-conseils, médecin-directeur,...), syndicats, services d'emploi régionaux, secteur de l'intégration et employeurs.





### 3. RÉSULTATS

Les thèmes de l'incapacité de travail et de l'invalidité se prêtent à une étude de framing parce qu'ils sont considérés comme problématiques et qu'ils font l'objet d'un débat de société. Il est important de garder à l'esprit qu'il est possible de rencontrer dans un seul et même texte des éléments appartenant à différents frames. Ce peut être le cas dans un premier temps parce que le texte entre en dialogue avec d'autres dans lesquels un frame bien précis domine. En d'autres termes, ils se font écho. En outre, il se peut qu'un auteur combine (in)consciemment différents frames.

Comme mentionné précédemment, l'incapacité de travail et l'invalidité sont des concepts associés à un statut de 'non-travailleur' en raison d'une maladie, dans le cadre de l'assurance-maladie belge (régie par la loi). En classant les différents frames autour de l'incapacité de travail et de l'invalidité, nous sommes par conséquent partis de l'idée que nous avons affaire ici à des concepts qui jettent pour ainsi dire un pont entre différents domaines, à savoir le *travail*, la présence ou l'absence de *compétences* et la réglementation. Pour chacun de ces trois aspects, il faut au moins distinguer un frame et un counterframe qui 'problématisent' l'incapacité de travail et l'invalidité (voir tableau 1).

**Tableau 1. Récapitulatif des frames et counterframes concernant l'incapacité de travail et l'invalidité**

Niveau	Frame problématisant	Counterframe déproblématisant
<b>Compétences</b>	1. Anormal	2. Vivre autrement
<b>Réglementation</b>	3. Gardien 5. Labyrinthe 7. Fraude	4. Polyphonie 6. Fil d'Ariane 8. Le Débrouillard
<b>Travail</b>	9. Le Canari dans la mine	10. Gagnant-gagnant

Au niveau des *compétences*, ce sont les personnes concernées qui sont problématisées. Elles sont en effet considérées comme s'écarter de 'la' norme parce qu'elles ne disposent pas d'un certain nombre de compétences: elles sont en mauvaise santé et ne peuvent effectuer un travail rémunéré, ce qui aboutit à une stigmatisation et une exclusion sociale. Au niveau de la *réglementation*, pas moins de trois frames problématisants ont pu être identifiés, la problématisation portant sur la relation entre la réglementation et les personnes qui l'utilisent. Un des frames concerne l'entrée dans le système d'incapacité de travail et d'invalidité et la sortie de ce même système. Ce frame considère que le décalage entre les médecins et les malades pose problème. Alors que ce frame concerne l'entrée dans/la sortie du système d'incapacité de travail et d'invalidité, le frame 'Labyrinthe' se concentre sur les personnes se trouvant dans le système et, en particulier, sur celles qui se perdent dans le dédale de la réglementation. Les personnes concernées sont prises dans un étau et condamnées à l'isolement et, peut-être, à un déclin constant. Quant au frame 'Fraude', il problématise les notions d'incapacité de travail et d'inva-

lité en les associant à des abus volontaires de la réglementation. Enfin, au niveau du *travail*, le frame problématisant du 'Canari dans la mine' se concentre sur la relation entre le travail et la maladie et, par extension, sur la place de la personne en incapacité de travail dans le cadre économique et social plus large.

Ci-après, nous expliquerons en détail en quoi ces frames servent de cadres conceptuels culturels pour définir l'incapacité de travail et l'invalidité comme 'problématiques'. Pour ce faire, nous nous aiderons entre autres d'extraits et d'illustrations concrets tirés des textes étudiés et des focus groupes organisés avec des experts du vécu et d'autres parties prenantes. Pour un certain nombre d'illustrations, les frames sont assez explicites, alors que d'autres sont plutôt implicites. Ces exemples ont aussi pour but de montrer qu'une certaine subjectivité et une certaine ambiguïté de l'analyse ne sont pas à exclure. Outre cette diversité de formes d'expression des frames, le raisonnement sous-jacent pour chaque frame est également dépeint brièvement. Un récapitulatif de tous les raisonnements et une sélection des formes d'expression sont présentés dans la matrice détaillée en annexe.

La troisième colonne du tableau présente un counterframe pour chaque frame problématisant. Un counterframe aide à présenter un sujet comme *non-* problématique ou, en tout cas, comme un problème moins urgent ou 'souhaitable' en ce sens qu'on peut y remédier. En d'autres termes, les counterframes du tableau ont pour but de présenter l'incapacité de travail et l'invalidité de manière à faire contrepoids aux problématiques citées.

À l'inverse des frames problématisants, qui découlent directement du matériel d'analyse, les counterframes ne résultent pas simplement de la compilation des textes (Van Gorp 2011), bien que ce soit le cas pour 'Gagnant-gagnant'. Les quatre autres counterframes 'Vivre autrement', 'Polyphonie', 'Fil d'Ariane' et 'Le Débrouillard' sont le fruit d'une combinaison de l'expérience, de notions tirées de la littérature sur la recherche et de la 'créativité' des participants aux ateliers. Nous avons procédé en partant des frames problématisants et en remettant ces idées en question, en les inversant et en les décortiquant. Si certains extraits ont pu être une source d'inspiration, l'objectif final était de déboucher sur des counterframes qui ne pouvaient être la simple négation des frames problématisants. Car si un counterframe puise dans le même arsenal de choix de mots et autres formes d'expression, même si c'est pour les affaiblir, il y a de fortes chances pour qu'ils activent chez le destinataire le cadre conceptuel du frame problématisant. Comme le dit Lakoff : dès que l'on dit 'ne pensez pas à un éléphant', c'est un éléphant qui saute immédiatement à l'esprit (Lakoff 2008).

Pour formuler les counterframes, nous partons des frames problématisants. En conséquence, il n'y a pas de counterframe qui n'a pas de rapport avec un frame problématisant. Théoriquement, cela n'est pas toujours le cas. Cependant, comme dans cette étude, les counterframes ne sont pas 'tombés du ciel' et que les chercheurs ont toujours tenu compte du matériel d'analyse empirique, une double division est perceptible dans le résultat final.

Les cinq frames problématisants et les cinq counterframes sont présentés dans la partie suivante. À la suite de chaque frame problématisant, le counterframe correspondant est présenté immédiatement.

### 3.1. Frames problématisants et counterframes

#### 3.1.1 Frame problématisant: Anormal



Figure 8. On ne voit rien

(Source: <http://www.ruggensteun.be/Boekje%20Soorten%20pijn.htm>)

**Généralités** – Dans ce frame, l'élément central est la réaction (négative) des membres de la société à l'égard de la personne en incapacité de travail, parce que celle-ci est en mauvaise santé et qu'il s'avère qu'elle n'a plus les compétences nécessaires pour effectuer un travail rémunéré. De surcroît, elle reçoit une allocation. Souvent, il s'ensuit une stigmatisation qui remet en question la légitimité sociale de la personne concernée et la rend finalement encore plus malade et incompétente.

Pour bien comprendre ce frame, il est important de reconnaître que les concepts de *maladie* et de *santé* sont des phénomènes fondamentalement sociaux. Cela signifie que la *maladie* et la *santé* telles qu'on les désigne et les considère dans une société sont des constructions sociales. De ce fait, ces concepts sont interprétés différemment en fonction de l'époque (Conrad & Angell 2004), de la culture et de l'origine ethnique (Ravindran & Myers 2012; Zola 1966), de la classe sociale (D'Houtaud & Field 1984; Pierret 1993; Blair 1993), du genre (Blaxter 1990) et de l'âge (Nuyens 1980). Dans certaines sociétés, on attribue la maladie à la magie noire, alors que dans d'autres, on insiste sur l'impact des microorganismes. En dépit de ces différences, il est possible d'entrevoir une règle générale. Des idées fatalistes sur la maladie et la santé sont associées à un faible niveau de pouvoir (social) (Nettleton 1998). Autrement dit, plus la capacité de commande (sociale) dont disposent des (groupes de) personnes dans une société est faible, plus elles conçoivent la maladie et la santé comme quelque chose qui leur arrive et sur lequel elles n'ont pas de prise.

La dimension sociale d'une *maladie* est aussi manifeste dans le fait qu'elle implique un statut social. Les intéressés – les *malades* – font l'objet d'attentes et d'obligations de la part de leur société. Les membres de celle-ci ont en effet des attentes précises quant au comportement en son sein de personnes définies comme malades.

Par conséquent, une *maladie* est intrinsèquement liée aux valeurs et aux normes en vigueur dans une société. Le non-respect de ce 'comportement approprié' conduit l'entourage à considérer la personne en question comme anormale, avec comme conséquence qu'elle peut faire l'objet de rejet, voire d'hostilité.

**Formes d'expression** – Comme mentionné ci-dessus, les éléments du frame 'Anormal' sont des attentes sociales relatives au comportement approprié des malades. Une norme très spécifique est utilisée à cet égard. Le mode de vie des personnes en bonne santé (ou du moins la représentation que l'on s'en fait), en particulier, est le critère utilisé pour décrire, mais aussi évaluer la vie de la personne malade, de sorte que cette dernière est une version négative de la première. Ce mécanisme conduit à définir la vie du malade comme 'limitée', c'est-à-dire qu'elle est une version limitée de la 'vraie' vie. Une vision qui, comme le montre la citation suivante, peut aussi être présente chez le malade.

***"Mais je n'ai pas choisi cette vie à l'horizon limité".***

*(Flair, 3 décembre 2013)*

Cette description négative de la vie du malade implique que dans ce frame, on identifie la *maladie* à l'*inactivité*. L'image du malade est celle d'une personne dont la capacité d'action est inexistante ou limitée et qui n'a pas la possibilité d'effectuer un travail rémunéré. Il s'agit donc d'une conception fortement binaire entre l'inactivité (la maladie) et l'activité (la santé).

***"Echte zieken liggen in het ziekenhuis, komen hun bed niet uit,  
of hangen in het beste geval verzwakt in hun zetel".***

*(Het Laatste Nieuws, 8 octobre 2013)*

Comme le montrent clairement les citations ci-dessous, enfreindre ce comportement approprié entraîne une condamnation (sévère) du contrevenant par les membres de la société. Être inactif signifie vraiment ne *rien* faire. La situation est encore plus problématique pour une personne déclarée en incapacité de travail que pour des enfants ou des personnes âgées malades, par exemple. Dans le premier cas, se détendre ou pratiquer un sport, par exemple, est ressenti comme contradictoire, voire 'suspect'. Selon ce raisonnement fallacieux, si quelqu'un est incapable de travailler en raison d'une maladie, il ne peut rien faire qui puisse laisser supposer qu'il est apte à travailler. En d'autres termes, les personnes en incapacité de travail ou invalides ne peuvent pas avoir d'activités utiles. Enfin, un élément important est le fait que cette idée existe non seulement dans l'esprit des personnes extérieures, mais aussi dans celui des intéressés. Ce qui révèle une forme importante d'auto-stigmatisation.

**"Hij kan zijn job niet meer aan, maar amuseert zich nu met de buurtjongeren op een basketbalpleintje".**

(Het Nieuwsblad, 9 janvier 2014)

**"Ik kon niet meer gaan werken, maar ging wel nog eens iets drinken met vrienden. Mensen vonden dat raar en spraken erover".**

(Flair, 3 décembre 2013)

**"Moet je haar zien fietsen', hoor je dan".**

(Het Laatste Nieuws, 21 août 2013)

Dans le cas de l'incapacité de travail et de l'invalidité, l'élément particulièrement pénible est que la stigmatisation porte non seulement sur le fait d'être en mauvaise santé, mais aussi sur le fait d'être incapable de travailler. D'autres associations sont en outre possibles. Elles reposent notamment sur la vision selon laquelle les malades sont déchargés d'obligations sociales généralement en vigueur, par exemple, l'obligation de travailler pour avoir de l'argent. L'idée ici est qu'il se peut que les personnes en bonne santé envient pour ainsi dire les malades en raison de cette situation. On pourrait même parler de jalousie. Car, les personnes en bonne santé assimilent la maladie à des 'vacances' (Focus group, 17 mars 2014) ou à une situation de luxe, comme le montre l'extrait ci-dessous.

**"Les gens qui ne me connaissent pas voient ma maladie comme un 'luxe'".**

(Flair, 4 décembre 2013)

**Évaluation** – Ce premier frame est très stigmatisant, parce qu'il place le malade au cœur d'une définition problématisante de l'incapacité de travail. En bref, c'est le malade qui est le problème, parce qu'il ne correspond pas à l'image d'une personne en bonne santé pour qui le travail est nécessaire à son épanouissement (voir aussi l'impact du 'healthism' - p. 17-19). Cela peut aussi s'appliquer à des attitudes qui sont la conséquence de la maladie (par exemple, la façon de marcher), mais que l'entourage n'associe pas à cette maladie. Là aussi, la personne s'expose à une condamnation, parce qu'elle enfreint les règles qu'impose un comportement approprié dans l'espace public (voir, par exemple, Nijhof 2011). On peut aussi associer ce frame à l'attitude des gens à l'égard de personnes avec des troubles psychiques (voir p.15 & 16).

Dans ce frame, le malade devient 'l'autre' (distinction entre *lui* et *nous*) que l'on associe à des stéréotypes négatifs. L'extrait suivant montre que cette vision négative est aussi présente chez les malades mêmes et qu'elle peut susciter chez eux un sentiment de culpabilité.

**"Ik ben hoger opgeleid. De vuilnismannen gaan werken om mij te betalen, ik vind dat verschrikkelijk. Als je dan ziet wat die maar verdienen, die dragen dan bij om mij een hogere uitkering te geven. Dat wringt".**

(Focus group, 17 mars 2014)

Cela implique une remise en question de la légitimité sociale des intéressés. Le malade doit se justifier et se légitimer sans cesse aux yeux de la société et à ses propres yeux (Focus groupes, 13 & 17 mars 2014).

Ce frame est incontestablement problématique. La maladie affaiblit la position sociale des personnes concernées ou, en tout cas, la met sous pression en raison de la perte de revenu, d'interactions sociales, etc. Ce frame montre que les personnes sont en outre victimes d'une condamnation morale, exprimée directement ou non, et d'exclusion sociale. C'est pour ainsi dire la société qui exclut et 'repousse' les malades. La personne risque d'être confrontée à une perte de soutien social et à un stress social croissant. De ce fait, un déséquilibre pathogène apparaît entre la vulnérabilité et le soutien (Schepers 2007). En d'autres termes, un cercle vicieux se crée et suscite chez le malade des sentiments négatifs, voire des dépressions.

### 3.1.2 Counterframe: Vivre autrement

**Généralités** – Comparé au frame précédent, 'Vivre autrement' implique un changement de perspective, raison pour laquelle il faut le considérer comme un counterframe. Cette fois, l'élément central n'est pas la réaction de l'entourage ni la vie des personnes en bonne santé. Mais, l'accent est mis sur la personne malade et la manière dont elle gère la maladie et ses conséquences. La maladie est considérée comme une sorte de processus d'apprentissage grâce auquel les intéressés se construisent une nouvelle vie. L'accent n'est plus mis sur les compétences dont on ne dispose (provisoirement) plus, mais sur celles que l'on a conservées.

Le point de départ de ce frame consiste à dire qu'une maladie 'tranche' pour ainsi dire dans la vie générale des intéressés, elle a un effet déstabilisateur. On entend par là qu'elle bouleverse les modèles de tous les jours et les connaissances que les personnes utilisent pour soutenir ces modèles (Bury 1982). La maladie brise l'évidence quotidienne des malades. De par l'incertitude qu'elle génère, la maladie fait vaciller la vie du malade (Nijhof 2002).

Cependant, ceci n'est pas une situation insurmontable et il ne doit donc pas être considéré comme problématique. Les malades peuvent reprendre leur vie en main en élaborant une histoire propre, une histoire personnelle de la maladie. Et ce, en formulant des réponses à des questions telles que : '*pourquoi moi?*', '*pourquoi maintenant?*' et '*que peut-on y faire?*' (Schepers 2007). Grâce à cette histoire de la maladie, les intéressés tentent d'intégrer celle-ci (et ses conséquences) dans leur vie, ce qui les aide à retrouver un sentiment d'ordre et de dignité. Ils souhaitent ainsi reconstruire et réparer la fracture entre leur corps, leur 'moi' et le monde. Grâce à cette reconstruction, ils tentent de réaligner leur passé, leur présent et eux-mêmes sur la société (Williams 1984). Ils s'adaptent à leur situation en développant de nouvelles attitudes et activités et une nouvelle identité. Ils développent une autre manière d'être et de vivre en réaction à la maladie (Nijhof 2002; Asbring 2001).

**Formes d'expression** – La disparition de l'évidence quotidienne est un élément important du frame 'Vivre autrement'. Elle signifie que c'est la maladie qui est considérée comme un problème. En effet, elle empêche les malades d'accomplir des tâches jugées banales par les personnes en bonne santé, mais que la maladie transforme en une corvée pénible. C'est ce que montre l'extrait suivant.

**"Uit bed komen is moeilijk. Koffie zetten lukt nog net. De fles melk opendraaien iets minder".**

(De Morgen, 13 février 2014)

Mais, dans ce frame, ces obstacles ne signifient pas – comme dans le premier frame – qu'une *maladie* est synonyme d'*inactivité*, au contraire. Outre le travail biographique décrit ci-dessus, les malades (et leur proche entourage) se concentrent d'abord sur *le travail du malade*, c'est-à-dire l'ensemble des tâches en rapport avec la gestion et la prévention des crises, la gestion des symptômes, le traitement et toutes les tâches associées au diagnostic. En outre, il y a *le travail de la vie de tous les jours*, qui renvoie à l'ensemble des tâches quotidiennes qui font tourner un ménage (Corbin & Strauss 1985; Nijhof 2002; Parsons et al. 2008). Ici, le malade n'est pas un être passif que l'on réduit à une maladie. La vision est tout à fait différente, ce que montrent clairement les extraits ci-dessous. Le malade est un être humain et un membre à part entière de la société. Les intéressés refusent d'être considérés comme une charge (Galer 2012).

**"On n'est pas que des malades, on avance dans la vie".**

(Focus group, 17 mars 2014)

**"Wij zijn geen zielige elementen, maar stuk voor stuk sterke mensen".**

(Het Laatste Nieuws, 17 mai 2013)

**"Nous sommes des gens comme les autres".**

(Femmes d'Aujourd'hui, 4 octobre 2012)

Une étape importante de la reconstruction de l'intéressé consiste à accepter sa situation et ses limites et à concentrer son attention sur les compétences dont il dispose encore. Le malade doit, pour ainsi dire, se réconcilier avec son corps. Sans cela, il lui est difficile d'aller de l'avant et de se construire une nouvelle vie, alors que c'est nécessaire pour influencer favorablement l'opinion des personnes en bonne santé à propos des malades (Focus group, 17 mars 2014).

**"Het is belangrijk om de knop te draaien. Het is beter om gelukkig te zijn met het enige dat je nog hebt, in plaats van ongelukkig te zijn over alles wat je niet meer hebt".**

(Focus group, 17 mars 2014)

**"S'accepter soi-même, nous d'abord, pour changer les opinions des autres".**

(Focus group, 17 mars 2014)

Mais, accepter ses limites ne va pas de soi. C'est une tâche difficile, et la personne a besoin de soutien, de compétences et de conseils pour l'aider à gérer les conséquences de la maladie dans sa vie quotidienne. Il peut s'agir de différentes choses, comme lui apprendre à respirer et à marcher, l'accompagner dans ses démarches administratives, agir sur ses représentations de la maladie, lui apporter une aide financière qui lui permettra de faire face aux coûts du traitement de la maladie ou des conséquences de celle-ci, lui donner des conseils pratiques qui lui faciliteront la vie quotidienne. D'une certaine manière, il s'agit de lui donner une 'boîte à outils'



qui lui permettra de se construire une nouvelle vie (Femmes d'aujourd'hui, 13 décembre 2013; Focus group, 17 mars 2014).

Cette aide ne vient pas seulement de l'extérieur. L'image d'une personne active est également présente ici, en particulier par la place qu'occupent les activités de volontariat et les groupes d'entraide dans le frame. Les groupes d'entraide n'offrent pas seulement la possibilité d'agir utilement pour la société. Ils sont aussi d'importants canaux d'échange d'informations utiles, qui opèrent dans des lieux où l'on peut entrer en contact avec d'autres. Ainsi, les malades se sentent moins seuls dans la société. En contribuant à l'intégration des malades dans des réseaux sociaux, les groupes d'entraide luttent contre l'isolement social auquel ces malades sont exposés. Ils soutiennent les intéressés et les rendent moins vulnérables, ce qui a une influence positive, comme le montrent les extraits ci-dessous (Schepers 2007).

***"Als je psychische problemen hebt, is vrijwilligerswerk doen wat je recht houdt; het doorbreekt de eenzaamheid, geeft zin aan je leven".***

*(Focus group, 17 mars 2014)*

***"Sans le bénévolat, j'aurais été sous terre. Cela m'a permis de survivre et à dépasser ça".***

*(Focus group, 17 mars 2014)*

Un dernier aspect important que souligne ce counterframe est le fait que grâce à leur 'processus d'apprentissage', les malades deviennent des experts de leur maladie, de ses conséquences et de la façon de la gérer. Cette précieuse expertise n'a pas seulement un impact sur la vie personnelle de l'intéressé, car celui-ci peut la partager en tant qu'expert du vécu avec d'autres patients dans la même situation que lui. La construction d'une expertise propre peut également aboutir à une diminution, voire un renversement de la relation déséquilibrée qui existe généralement entre le malade et les professionnels de la santé (par exemple les médecins) (Focus group, 17 mars 2014).

**Évaluation** – Étant donné que ce frame ne considère pas la personne malade comme problématique, on peut le considérer comme déstigmatisant. En effet, il demande que l'on soit attentif à des problèmes tels que la maladie et ses conséquences sur le malade et ses proches et au manque de soutien et de compréhension ressenti par le malade. Il ne réduit donc pas la personne à un des aspects du problème (la maladie, le fait de ne pas travailler). La personne est un être humain à part entière. De plus, le frame considère les malades et les personnes en bonne santé, les travailleurs et ceux qui ne travaillent pas, comme des membres égaux et à part entière de la société. Cette notion d'égalité trouve son prolongement dans le fait que l'on revendique une place dans la gestion de la maladie. Dans ce frame, les personnes en incapacité de travail et invalides ne sont pas des sujets passifs, mais les acteurs créatifs de leurs soins et de leur vie, ce qui implique une forte autonomisation.

***"Le malade doit devenir le gestionnaire de sa maladie, il doit devenir son gestionnaire".***

*(Focus group, 17 mars 2014)*



### 3.1.3 Frame problématisant: le Gardien

**Généralités** – L'élément central de ce frame est la réglementation de l'entrée et de la sortie du système d'incapacité de travail et d'invalidité. On y dénonce en particulier la position institutionnelle plus faible du malade par rapport au médecin. Le malade risque de ne pas être cru, ce qui met en danger la légitimité de son statut.

Cette problématique est une conséquence de la manière dont notre État-providence s'est développé tout au long du siècle passé. L'élément caractéristique est le fait que les autorités fixent les critères qui réglementent l'accès aux avantages du système de sécurité sociale. Déterminer officiellement qui est malade est de la compétence (exclusive) d'un groupe spécifique : les médecins. Ceux-ci ont non seulement le monopole de l'exercice de la médecine en vertu de la loi, mais ils bénéficient aussi d'une autonomie technique protégée par la loi. Cela signifie que poser un diagnostic et prescrire un traitement sont une compétence exclusivement médicale (Freidson 1970; Moran 2000).

Dans le système d'incapacité de travail et d'invalidité, il est institutionnellement établi qu'il appartient aux médecins de déterminer qui bénéficie des avantages offerts par la sécurité sociale. Mais, cette situation implique un déséquilibre entre le(s) médecin(s) et les personnes concernées. Car, les médecins sont alors les 'gardiens' du système. Il y a conflit institutionnel, car la parole du profane a une importance secondaire puisque le médecin peut ne pas en tenir compte. C'est l'avis du professionnel qui prime. Mais, le problème pour l'intéressé, c'est qu'il a besoin du médecin pour légitimer sa situation (Telles & Pollack 1981).

**Formes d'expression** – Dans ce frame, l'influence du choix strictement binaire sur la situation de l'intéressé (*incapable* de travailler par opposition à *capable* de travailler) que l'on attend du médecin, au niveau institutionnel, est jugée problématique (Focus groupes des 10, 13 & 17 mars 2014; voir aussi Lightman et al. 2009). Le frame se concentre tant sur l'interaction entre le(s) médecin(s) et les personnes concernées que sur la médecine même.

Cette interaction est la rencontre entre deux perspectives : celle du 'professionnel' et celle du 'profane'. Autrement dit, nous avons affaire ici à la rencontre entre, d'une part, ce que l'on pourrait appeler *le fait d'avoir une maladie* et, d'autre part, *le fait d'être malade*. La question qui se pose est de savoir dans quelle mesure les catégories utilisées par les médecins coïncident avec les expériences de l'intéressé. L'exercice n'est pas simple, comme le montre clairement l'extrait suivant.

**"Iemand met ontregelde suikerziekte, of iemand die een gezwel heeft of een arm gebroken, kan eenvoudig 'ziek' verklaard worden. Het is echter veel moeilijker om vermoeidheid, psychische klachten of chronische hoofdpijn objectief vast te stellen".**

(De Standaard, 21 août 2013)

Le fait que les deux parties utilisent des langages différents (Freidson 1970) peut compliquer cet exercice. Il ne s'agit pas d'une différence de langue entre les intéressés (par exemple le néerlandais, le français, etc.), mais plutôt des interprétations différentes qu'ils donnent à des notions telles que la maladie et la santé. Soulignons, en outre, qu'il se peut que des personnes d'une autre origine culturelle décrivent et désignent leurs symptômes de façon différente (Focus groups, 10 & 14 mars; voir aussi Zola 1966). Dans un des focus groupes, on a cité l'exemple de certaines cultures dans lesquelles une personne diabétique pourrait penser

qu'il est légitime d'être déclarée en incapacité de travail, alors que la maladie est parfaitement traitable. La différence de classe sociale entre les médecins et les malades peut en outre avoir un impact négatif considérable sur leur communication (Schepers 2007).

Il n'y a pas seulement des différences entre le médecin et l'intéressé. Il peut aussi y avoir de grandes différences entre les médecins – ainsi que des différends – en ce qui concerne non seulement les modes de traitement (Payer 1988), mais aussi les catégories médicales utilisées. Ainsi, en Belgique, 66% d'incapacité de travail est la limite pour déterminer si quelqu'un est invalide, c'est-à-dire que la personne a perdu les deux tiers de sa *capacité de gain*. On pourrait se demander comment il est possible de le déterminer de façon aussi objective. Cette mesure précise pourrait s'expliquer par le degré d'invalidité utilisé pour les anciens combattants, la perte de chaque phalange, par exemple, représentant un certain pourcentage d'invalidité. Une phalange plus un orteil plus une rotule, on additionne l'ensemble pour calculer le pourcentage précis. C'est du moins ce qui a été dit dans un des focus groups. Il est évident – et certainement en cas de maladie psychique – que les catégories médicales ne sont pas le reflet univoque (neutre) d'une réalité biologique, mais qu'elles sont aussi linguistiques et qu'il s'agit donc de constructions sociales. Cela signifie qu'elles fluctuent en fonction de l'époque et du lieu (Schepers 2007) et qu'elles peuvent susciter des débats et des différends entre médecins. La conséquence est qu'en ce qui concerne le problème de la réalité d'une maladie (par exemple le syndrome de fatigue chronique), les médecins peuvent se scinder en 'believers' et 'non-believers', des différends dont le malade fait les frais (Focus groups des 10, 13 & 17 mars 2014; voir aussi Oldfield 2013).

***"De huisarts kleefde er eindelijk een etiket op... maar de adviserend geneesheer was het niet mee eens en maande haar aan terug werk te hervatten".***

*(De WereldMorgen, 14 septembre 2013)*

***"Ils ont l'impression que "tout le monde à commencer par le corps médical est indifférent à ce qui leur arrive, parce qu'ils passent pour des affabulateurs ou des hypocondriaques, chez qui tout est 'dans la tête'..."***

*(Femmes d'Aujourd'hui, 13 décembre 2014)*

***"[ik] ben (...) bij verschillende dokters geweest. Ze zeiden allemaal hetzelfde: ga wat meer wandelen, dat zal je goed doen. En: het zit allemaal tussen de oren. Ik heb het geluk gehad dat ik bij een pas afgestudeerde huisarts terechtkwam die mijn klachten wél serieus nam en mij doorverwees".***

*(Het Laatste Nieuws, 17 mai 2013)*

**Évaluation** – Bien que ce frame ne contribue pas directement à la stigmatisation de la personne concernée, il joue un rôle important, car c'est là que la personne obtient, conserve ou perd un agrément institutionnel. Il s'agit non seulement d'accéder aux avantages de la sécurité sociale, mais aussi de déterminer la légitimité sociale de la situation de l'intéressé au sein de la société.

Différentes parties (médecins et malades) se rencontrent et tentent de concilier leurs points de vue respectifs. Cela peut se faire de façon univoque (par exemple lors de la fracture d'une jambe). Mais, derrière l'interaction, déterminée de façon institutionnelle, entre les rôles du 'médecin' et du 'malade' considérés comme universels, se cache une réalité dans laquelle les particularités des intéressés jouent un rôle majeur. L'interaction entre les deux parties subit l'influence du bagage propre (par exemple la langue, believer ou non-believer) que chacune transporte avec elle. Ce frame montre qu'il existe une tension entre le souhait de traiter tout le monde de façon objective et une réalité dans laquelle la spécificité de chacun influence l'interaction. C'est ce qui a été signalé dans un des focus groups (13 mars 2014) :

*"Un patient n'est pas l'autre, tout comme un médecin n'est pas l'autre".*

Ce frame montre ainsi qu'un 'déséquilibre' entre les deux perspectives est possible. Les malades risquent alors que le médecin ne les croient pas. Le problème est que celui-ci occupe une position institutionnelle plus forte que l'autre, avec comme conséquence que certaines personnes soit n'accèdent pas au système, soit en sont éjectées, entraînant chez les intéressées des frustrations et un sentiment d'injustice.

### 3.1.4 Counterframe: la Polyphonie

**Généralités** – L'idée centrale de ce frame 'Polyphonie' est la nécessité d'entendre les voix de plusieurs acteurs (différents) pour saisir la complexité de la capacité/l'incapacité de travail. En d'autres termes, il est nécessaire de combiner la voix médicale avec la voix d'un psychologue, d'un travailleur social, du patient pour formuler un avis affiné et mieux étayé. La métaphore dans ce frame est la polyphonie : un orchestre dans lequel les instruments s'accordent pour former un ensemble harmonieux.

**Formes d'expression** – Ce frame montre que l'incapacité de travail et l'invalidité ne sont pas des questions strictement médicales, mais qu'elles ont une portée plus large. Il est donc préférable de les faire déterminer par plusieurs personnes. Chacune est associée à une des facettes du travail, à savoir l'aspect biologique, psychologique et social.

Dans ce frame, on déclare que les médecins, si compétents soient-ils, ne peuvent pas tout savoir. Ce sont des professionnels hautement qualifiés et expérimentés, mais ils considéreront toujours le phénomène d'un point de vue médical, comme la loi le leur prescrit. Par conséquent, leur avis sera formulé sur des bases médicales. Mais, la question qui se pose est de savoir dans quelle mesure on arrive ainsi à une vision 'correcte' et complète de la capacité/incapacité de travail. Il ressort des focus groups (10, 14 & 17 mars 2014) que cela ne suffit pas pour déterminer la capacité de gain que quelqu'un a perdue. C'est ce que montre l'extrait de journal suivant.

*"En nog ingewikkelder is het om uit te maken in welke mate die aandoeningen al dan niet een persoon verhinderen om een bepaalde job uit te oefenen".*

*(De Standaard, 21 août 2013)*

**Évaluation** – Ce frame est important parce qu'il montre qu'il peut y avoir une autre manière d'évaluer la capacité/incapacité de travail des personnes concernées, sans nécessairement remettre en question la position, le rôle et l'expertise médicale des médecins. Leurs connaissances, leurs compétences et leur expérience sont indispensables en la matière. Mais, plusieurs visions peuvent être nécessaires pour évaluer une incapacité de travail de façon adéquate, en particulier lorsqu'une maladie a une origine psychique. Les psychologues, les travailleurs sociaux et les kinésithérapeutes sont des professionnels pouvant faire partie d'une équipe multidisciplinaire. Enfin, il y a la voix de la personne en incapacité de travail ou qui ne l'est plus. Sa voix est tout

aussi importante étant donné qu'elle est le principal expert du vécu lors de l'évaluation. Un système d'évaluation performant est non seulement important parce que la légitimité de l'intéressé est en jeu, mais il permet aussi de déjà travailler à des pistes qui permettront de réorienter la personne vers une participation sociale.

### 3.1.5 Frame problématisant: le Labyrinthe

**Généralités** – Le frame du 'Labyrinthe' se concentre sur ceux qui se trouvent déjà dans le système d'incapacité de travail et d'invalidité. Ici, le problème est que la réglementation, axée sur l'aide aux personnes, leur participation et leur réintégration dans la société, peut aussi constituer un obstacle. L'image de framing centrale utilisée est celle du labyrinthe. Les règles et les procédures s'enchevêtrent de telle sorte que les intéressés n'arrivent plus à sortir du labyrinthe. Ils s'y perdent. Même s'il se peut qu'on ait solutionné entre-temps la raison qui les a amenés à s'y égarer. Dans le labyrinthe, ils meurent d'une 'mort lente' (Focus group, 14 mars 2014) ou, comme l'exprime un participant :

*"Deze patiënten zouden liever werken, maar boksen op tegen het systeem van arbeidsongeschiktheid waarin 'maar een beetje' kunnen werken lang niet zo eenvoudig is".*  
(Vlaams Patiëntenplatform, 20 août 2014)

**Formes d'expression** – Dans ce frame, on fait observer que le système d'incapacité de travail et d'invalidité n'est plus adapté à la société moderne. On peut le qualifier d'archaïque, parce qu'il est associé aux guerres du XXe siècle (Focus groups, 13 & 17 mars 2014). La citation ci-dessous fait même remonter l'origine de la législation encore plus loin dans le temps :

*"De Belgische wetgeving die arbeidsongeschiktheid reguleert, stamt echter uit de tijd van Napoleon".*  
(De WereldMorgen, 14 septembre 2013)

Un autre élément cité est le caractère négatif du système, qui se concentre sur les déficiences des personnes concernées. De plus, le caractère strict du système est ressenti comme un obstacle. Le fait qu'il soit question de 'tout ou rien' et de 'noir ou blanc' est ressenti comme un frein à l'intégration/réintégration des intéressés (Focus groups, 10, 14 & 17 mars 2014).

Par ailleurs, les intéressés constatent que les personnes dont on attend qu'elles connaissent le système (dans les mutualités et les secrétariats sociaux, par exemple) donnent l'impression de ne pas le maîtriser suffisamment. Ils peuvent être confrontés à des documents qui ne sont pas correctement remplis ou ils reçoivent des informations contradictoires (Focus group, 17 mars 2014). L'extrait suivant en est une illustration.

***"Ik werk via progressieve werkhervatting halftijds en zit halftijds op invaliditeit. Een paar maand geleden wou mijn baas me een opslag geven door een verhoging van mijn anciënniteit. Ik kreeg zo een loonopslag van 100 euro netto. Maar toen ik mijn eerste loonbriefje kreeg, bleek mijn inkomen (samen met invaliditeitsuitkering) uiteindelijk 90 euro minder te zijn! Nochtans was ik op voorhand naar de sociale dienst van de ziekteverzekering geweest om advies in te winnen, die hadden me echter verzekerd dat ik niet minder zou krijgen".***

*(Netwerk tegen Armoede, 2 juillet 2013)*

**Évaluation** – Ce frame problématise l'incapacité de travail et l'invalidité en pointant un paradoxe du système. Bien qu'il soit destiné à aider les malades, il peut aussi leur porter préjudice.

Les personnes en incapacité de travail ou invalides ont l'impression de se perdre dans un système complexe qui limite leur capacité d'action. Ce qui pose problème, parce que le système risque alors de freiner la participation sociale des intéressés, voire de la réduire à néant. L'ambiguïté de cette situation apparaît clairement dans la citation ci-dessous :

***"Invaliditeit, een tweesnijdend zwaard".***

*(Netwerk Tegen Armoede, 2 juillet 2013)*

Ce frame se concentre sur les effets non-désirés du système d'incapacité de travail et d'invalidité. Cela ne signifie pas qu'il remet en question le système en tant que tel ou qu'il souhaite l'enterrer. Mais, il montre qu'il est nécessaire de l'améliorer et de le faire évoluer avec son temps.

### 3.1.6 Counterframe: Fil d'Ariane

**Généralités** – Dans ce frame, l'idée centrale est que tout le monde peut tomber malade et que ce risque implique une menace pour la qualité de vie de chacun. Mais ce risque est compensé par l'aide et la protection qu'offre la sécurité sociale. Grâce au système d'incapacité de travail et d'invalidité, les malades peuvent échapper à la situation critique dans laquelle ils se trouvent. Qui plus est, le système est là pour les aider à retrouver le chemin de la société. Le système est le fil (le soutien, la balise) qui les conduit hors de la zone de danger.

Dans ce frame, on part de l'hypothèse que les gens sont des êtres sociaux qui ont besoin d'autrui pour survivre. Des relations réciproques existent entre les personnes, tant sur le plan personnel que psychologique et social. Toutes sont liées les unes aux autres par des fils invisibles qui créent une osmose. Cela signifie que les actes d'une personne ont une influence sur d'autres et vice-versa (Elias 1997, 1998). L'assurance maladie-invalidité est un filet de mailles invisibles, tissées entre une multitude de personnes. Les conditions de vie du malade sont influencées par les actes de ceux avec qui il est directement en contact (médecins, travailleurs sociaux,...) et de ceux avec qui il n'a pas de contacts directs. Tous ces fils visent à soutenir et aider les personnes en incapacité de travail. Sans ce filet de sécurité, il leur serait beaucoup plus difficile de reconstruire leur vie.

**Formes d'expression** – La maladie peut toucher n'importe qui dans un contexte professionnel. Les causes peuvent être multiples : conséquences d'un accident, conditions de travail, crise relationnelle, pression et agitation de la société moderne, etc. La raison est sans importance dans ce frame. Ce qui compte, c'est que la maladie envoie aux intéressés un signal les avertissant que quelque chose ne va pas. Et, comme le montre l'extrait ci-dessous, qu'il est préférable pour eux de lever le pied et de prendre soin d'eux.

***"Comme tout entrepreneur, j'étais sous pression, en suractivité permanente, explique-t-il. J'étais devenu esclave de mon cerveau. Sans cesse en mouvement, en création. Et petit à petit, ça m'est tombé dessus. Je n'ai rien vu venir. Ce sont mes collaborateurs qui ont mis le doigt sur le problème. J'étais moins organisé, moins cohérent. Mais je n'en avais pas conscience. Dans ces moments-là, on se sent invincible. Il n'en est évidemment rien! J'ai consulté et les médecins m'ont dit: il faut dire stop! Six mois d'arrêt au total. Je devais clairement débrancher la prise, c'était une question de survie".***

*(Le Soir, 4 décembre 2012)*

Sans minimiser la souffrance des intéressés, ce frame reconnaît que la maladie peut aussi être une opportunité pour eux. En prenant (étant obligés de prendre) leurs distances et grâce aux expériences qu'ils accumulent en raison de leur maladie, ils ont la possibilité de se 'ressourcer' et de sortir meilleurs et plus forts de l'épreuve. C'est ce que montrent clairement les extraits suivants.

***"Je leert anders te denken, je relativeert en staat gelukkiger in het leven".***

*(De Tijd, 7 novembre 2013)*

***"Aujourd'hui, je suis bien plus heureuse qu'avant: je suis aussi productive que dans ma vie précédente, mais bien plus proche de moi-même".***

*(Gael, 22 mai 2013)*

On pourrait faire observer que cet aspect correspond au frame 'Vivre autrement'. Dans les deux frames, la maladie est dépeinte comme une 'école de l'apprentissage'. Cependant, la différence fondamentale est que dans le frame 'Vivre autrement', les personnes concernées sont encore malades, alors que dans le frame 'Fil d'Ariane', il se peut que la maladie soit derrière elles et elles peuvent alors s'attacher davantage aux aspects de soutien du système de sécurité sociale.

La maladie n'est pas seulement une opportunité d'adopter une autre vision de la vie en général ou de résoudre des problèmes (antérieurs). Elle peut aussi être l'occasion d'emprunter de nouveaux chemins, de se découvrir de nouvelles passions. Cet aspect est illustré par l'extrait suivant :

***"Je me suis retrouvée du jour au lendemain en arrêt de travail...et je suis allée acheter des perles. J'ai commencé à faire des bijoux et, de fil en aiguille, je me suis mise à les vendre".***

*(Le Soir, 30 novembre 2011)*

**Évaluation** – Ce frame est un bon exemple de frame déproblématisant. On y retrouve la représentation idéale du système d'incapacité de travail et d'invalidité. Celui-ci offre à la personne malade, en danger, l'aide et la protection auxquelles elle a droit. Ajoutons que les intéressés ont besoin de ce soutien pour se remettre sur pied. En d'autres termes, le système fait correctement ce pour quoi il a été conçu.

On pourrait ajouter que dans ce frame, le système d'incapacité de travail et d'invalidité est une soupape de sécurité légitime, tant pour la société que pour les personnes concernées. Ces dernières ont la possibilité de se concentrer sur leur maladie et leur rétablissement. Le système est également utile pour la société. Il permet d'aider ses membres actifs lorsqu'ils sont touchés par la maladie. Une fois rétablis, ils reprendront leur rôle dans la société ou en joueront un nouveau.

### 3.1.7 Frame problématisant: la Fraude



**Figure 9. Être malade est un choix**

(<http://www.dub.uu.nl/trefwoord/cartoon?page=2>)

**Généralités** – Dans le frame 'Fraude', on associe le système d'incapacité de travail et d'invalidité à la notion de fraude. Certaines personnes bénéficient d'un revenu de remplacement jugé illégitime par le reste de la société. Celles qui, volontairement et dans une mauvaise intention, détournent les deniers publics sont sévèrement condamnées.

**Formes d'expression** – Dans ce frame, la fraude (et les personnes concernées) est une 'menace' et une 'charge' pour le reste de la société. Une menace parce que la fraude a pris de telles proportions qu'elle met en danger la sécurité sociale en mettant les ressources de celle-ci sous pression. De ce fait, les 'tricheurs' font du tort à ceux qui ont vraiment besoin d'aide. Ils sont en outre une charge financière pour leur employeur et font du tort à leurs collègues, qui doivent reprendre leurs tâches. Ces aspects sont abordés dans les extraits ci-dessous.



**"La fraude (...) est ignoble. Elle produit des coûts sociaux immenses pour les entreprises et les contribuables".**

(Le Soir, 24 décembre 2012)

**"We moeten ervoor zorgen dat diegenen die het echt nodig hebben, meer krijgen".**

(De Tijd, 14 décembre 2013)

La cause de ces abus est une mauvaise mentalité des personnes concernées ou le fait qu'elles ne veulent pas – ou plus – travailler, ce qui est sévèrement condamné. Ce qui pourrait indiquer que le travail dans ce frame est presque une obligation.

**"Ze willen niet meer werken".**

(De Standaard, 20 août 2013)

Autre possibilité: les personnes concernées veulent travailler, mais 'au noir'. En plus de leur allocation, elles désirent tirer un avantage financier du 'travail au noir'. Le fait qu'elles agissent volontairement est mis en exergue par l'image du complot ou du fraudeur roublard utilisée dans ce frame (Focus groups, 10, 14 & 17 mars 2014). Les citations suivantes en sont un bon exemple :

**"Ook de bazen van de ziekenfondsen werken de misbruiken mee in de hand".**

(De Standaard, 20 août 2013)

**"Samen met enkele schimmige dokters adviseerden ze de uitgebluste brandweer- en politiemannen hoe ze de dokters en controleurs van hun blijvende arbeidsongeschiktheid moesten overtuigen".**

(Het Nieuwsblad, 9 janvier 2014)

**Évaluation** – Ce frame a une connotation fortement moralisatrice (négative). On condamne ceux que l'on présente comme des fraudeurs. Cette condamnation va de pair avec une distinction marquée entre le vrai malade et le faux malade. Il s'agit donc d'une vision extrêmement binaire, encore renforcée par le fait que l'on met ici l'accent sur la cause individuelle de la fraude, à savoir la (mauvaise) mentalité des auteurs. Les personnes concernées sont sévèrement condamnées et leurs agissements sont présentés comme le 'mal absolu'.

En raison de cette distinction marquée entre le bien et le mal et d'une focalisation sur la mentalité de l'individu, ce frame a un potentiel extrêmement stigmatisant. Il fait clairement la différence entre deux groupes, présentés comme des pôles totalement opposés, à savoir les citoyens respectueux de la loi, d'une part, et les fraudeurs criminels, d'autre part. Les deux groupes font l'objet d'une évaluation morale fortement binaire. De ce fait, le frame associe d'une certaine manière les personnes en incapacité de travail et invalides à des représentations négatives et, en particulier, à la 'criminalité'.



### 3.1.8 Counterframe: le Débrouillard

**Généralités** – L'idée centrale de ce frame est qu'il y a des gens qui cherchent à détourner les règles et les conventions à leur avantage, mais non pas dans une mauvaise intention. En français, on l'appelle un "débrouillard": un opportuniste, mais avec plutôt une connotation positive. Les motifs peuvent être notamment une libre interprétation du système réglementaire et le désir de tester les limites admissibles, comme si c'était un jeu ou parce qu'ils veulent montrer qu'il présente des 'failles'. Le point important, c'est qu'il ne s'agit pas de fraude dans ce cas-ci, bien que l'appât du gain puisse être une motivation, mais que l'on cherche à tirer le maximum de la réglementation, tout comme il y a une différence entre l'évasion fiscale et la fraude fiscale. Il peut s'agir d'ignorance, tout comme il se peut que le débrouillard soit un spécialiste en la matière et qu'il se serve volontairement de la réglementation dans son propre intérêt, à la manière d'un fiscaliste pour le système fiscal. Appliqué à l'incapacité de travail et à l'invalidité, ce point de vue signifie que les personnes en question sont très actives et tentent même, dans le cadre de leur propre situation, de façonner leur vie et d'en tirer le meilleur, en tenant compte des circonstances. Il se peut alors qu'elles enfreignent des règles éthiques, délibérément ou non. On pourrait comparer cette discussion au débat autour des paradis fiscaux.

À première vue, ce frame présente une similitude avec le frame 'Fraude', car tous deux ont une base commune: les personnes en question enfreignent des règles publiques. Mais, la différence est importante. Dans le frame 'Fraude', il s'agit d'un point de vue noir-blanc assez radical, alors que le frame 'Débrouillard' présente une image plus nuancée, parce qu'il tient compte des motivations que l'on pourrait qualifier de circonstances atténuantes. Ici, la réprobation à l'égard des personnes concernées est moins forte que dans le frame 'Fraude'. Dans certaines circonstances (maladie, enfants, une vie dans la pauvreté, etc.), les personnes en incapacité de travail ou invalides sont peut-être obligées d'étudier les possibilités qu'offre le système. Outre l'ignorance, la fraude peut aussi être volontaire, mais excusable. C'est l'instinct de survie qui pousse les gens à agir, même si c'est illégal. Le frame insiste sur le fait que toutes les infractions aux règles publiques ne sont pas commises dans une mauvaise intention ou dans un but criminel. On peut comprendre les motivations sous-jacentes, sans pour autant les approuver.

**Formes d'expression** – Ce frame pointe dans un premier temps la relation entre les personnes concernées et la réglementation, qui est la cause de la fraude supposée. Il est clair que le système qui régit l'incapacité de travail et l'invalidité est très complexe et que les intéressés connaissent peu ou pas les règles du jeu. De ce fait, il peut arriver qu'ils commettent des actes que l'on peut qualifier de fraude juridiquement parlant. C'est le cas, par exemple, lorsqu'une personne en incapacité de travail aide un voisin à maçonner un mur pour rendre service à un ami, mais en étant payé malgré tout. Il se peut qu'elle n'enfreigne pas les règles à dessein, mais qu'elle agisse plutôt par ignorance. Il se peut aussi que des personnes choisissent délibérément d'entrer dans le système d'incapacité de travail ou d'y rester, parce que ses avantages surpassent ceux d'une reprise du travail (*le piège à l'emploi*) (Focus groups, 10 & 14 mars 2014).

Un autre élément important de ce frame est qu'il renvoie également à des éléments culturels qui influencent le comportement des gens. Ainsi, il se peut que, dans certains groupes culturels, on évoque des tensions entre les membres de la famille ou un diabète afin d'être déclaré en incapacité de travail. Autre exemple: dans certains groupes culturels, la vie est plus facile si l'on est reconnu en incapacité de travail/invalidité que si l'on est chômeur. Car le chômage peut être ressenti comme extrêmement humiliant par la personne concernée. Être reconnu en incapacité de travail peut aider l'intéressé à garder la tête haute (Focus groups, 10 & 14 mars 2014).

Dans ce frame, on pointe aussi le fait que des personnes peuvent souhaiter utiliser le système d'incapacité de travail et d'invalidité pour échapper au monde professionnel. Ici, la notion de travail n'est pas remise en question. Mais, il se peut que l'intéressé soit épuisé ou qu'il n'ait plus suffisamment d'énergie pour travailler. Le contexte professionnel peut aussi avoir évolué de manière telle que l'intéressé est incapable de s'adapter au changement. Enfin, il est possible que l'employeur souhaite se séparer de son employé sans devoir le licencier (Focus groups, 10 & 14 mars 2014).

**Évaluation** – Ce frame a un certain potentiel déstigmatisant parce qu'il ne vise pas vraiment les personnes concernées. Mais, il demande plutôt que l'on soit attentif à l'interaction entre les intéressés et le contexte plus large dans lequel ils opèrent. On ne part pas d'un point de vue strictement individuel, comme dans le frame 'Fraude'. Il s'agit plutôt de replacer l'acte dans le contexte d'une réglementation, d'une culture et d'un travail. Ainsi, on soulève la question de ce que l'on ferait si l'on se trouvait dans un contexte identique.

Il est important de souligner ici que comprendre la raison pour laquelle quelqu'un agit ne signifie pas qu'on excuse ses actes. Le frame pourrait plutôt aider à nuancer le débat. Toutefois, pour une institution publique comme l'INAMI, l'utilisation de ce counterframe apparaît comme moins évidente car elle pourrait être interprétée comme une façon d'excuser les fraudeurs.

### 3.1.9 Frame problématisant: le Canari dans la mine



**Figure 10. Les temps modernes**

(Source: La Libre Belgique, 28 novembre 2013)

**Généralités** – Ce frame aborde explicitement la relation entre la maladie et le travail et utilise pour ce faire la métaphore du Canari dans la mine. On descendait des canaris dans le fond de la mine, parce qu'ils étaient extrêmement sensibles aux émanations de gaz toxiques. S'ils mouraient, les mineurs savaient qu'ils couraient un danger. De même, le système d'incapacité de travail établit un lien intrinsèque entre la maladie et le travail. Mais dans ce frame, il ne s'agit plus tant de la vision de la maladie en tant qu'obstacle au travail. L'incapacité de travail et l'invalidité ne sont pas (ou pas seulement) les signes d'un dérèglement biologique (individuel) (la maladie), mais des signaux mettant en garde contre des phénomènes plus larges tels que l'organisation du travail et le fonctionnement du marché du travail. Le nœud du problème n'est pas la personne en incapacité de travail, mais le contexte socioéconomique dans lequel elle se trouve (voir Figure 10). C'est ce contexte plus large qu'il faut améliorer, tout comme dans la mine, il faut être attentif aux émanations de gaz, le problème principal qui mérite l'attention. Remplacer le canari n'a pas de sens.

Nous pourrions illustrer le raisonnement de ce frame par la célèbre *hypothèse de Wilkson*, utilisée dans les études sur les inégalités socioéconomiques de santé. Selon cette hypothèse, le degré de probabilité de décès varie avec le degré d'égalité sociale dans une société. En résumé, dans une société inégalitaire, la probabilité de décès est plus élevée que dans une société (plus) égalitaire et inversement (Beck 2001). Des facteurs qui transcendent l'aspect strictement biologique influencent donc le phénomène biologique qu'est la mort. L'incapacité de travail et l'invalidité sont de ce point de vue les signes d'une problématique sous-jacente beaucoup plus large.

**"Door het in kaart brengen van verzuim kan u heel wat te weten komen over de organisatiecultuur, de stijl van leidinggeven en de impact ervan, de organisatie van het werk, de individuele werkbelasting, de emotionele, fysieke en mentale gezondheid van uw medewerkers en vele andere knelpunten. Verzuim is vaak de aanleiding om heel wat meer aan te pakken".**

(VOKA, 1 mai 2013)

**"Le burn-out met en évidence un nouveau rapport au travail".**

(Le Vif, 7 juin 2013)

**"Quand un employé va mal, ça veut dire que l'organisation du travail n'est pas optimale".**

(Moustique, 15 janvier 2014)

**Formes d'expression** – L'élément central du frame du Canari dans la mine est une approche relationnelle de la maladie et de l'invalidité. Cela signifie qu'elles sont considérées comme la conséquence d'une interaction entre des éléments situés à différents niveaux. Il existe en particulier une synergie (pathogène) entre les exigences du capitalisme (*niveau macro*), la manière dont le travail est conçu et organisé (*niveau méso*) et les capacités et les besoins des gens (*niveau micro*). En raison de cette synergie, une zone de tension se crée, qui peut exercer une pression telle sur les gens qu'elle les 'brise' pour ainsi dire.

Ce frame peut contenir des jugements extrêmement moralisateurs. Dans l'extrait ci-dessous, par exemple, on fait clairement le lien entre le capitalisme et la maladie provoquée par le travail. Celle-ci est considérée comme la conséquence de la situation 'd'exploitation' (voir Figure 11) à laquelle les personnes sont exposées (Focus group, 17 mars 2014; voir aussi Schepers 2007).



**Figure 11. La carrière du citron**

(Source: De Standaard, 24 août 2013)

***"Le capitalisme tue! Il tue à petit feu les travailleurs rendus malades par la pression et les nouvelles techniques de management destinées à les pressurer un maximum en un minimum de temps, tout en les isolant de leurs collègues. Loin d'être le fruit d'une fragilité psychologique individuelle, l'explosion de la consommation d'anxiolytique et la multiplication des 'burn-out' sont le produit d'un fonctionnement étudié et enseigné dans les écoles de management avec pour seul but l'augmentation des profits à court terme".***

(Le Soir, 19 février 2013)

Dans ce frame – cette fois, sans condamner nécessairement le capitalisme, les valeurs et les caractéristiques des sociétés capitalistes néolibérales sont présentées comme nocives, car responsables de la maladie des intéressés, ce qu'illustre l'extrait suivant.

***"Nous évoluons dans une société qui met en avant des valeurs qui ne nous conviennent pas: l'individualisme, la vitesse, la compétition, le peu de soin porté aux autres. Ces valeurs usent les salariés, tuent le collectif".***

(Le Vif, 3 janvier 2014)

Précisons enfin que ce frame comporte aussi une perspective historique. Il montre qu'en raison de changements historiques, les personnes malades qui, dans le passé, pouvaient fonctionner dans la société et sur le marché du travail, en sont désormais pour ainsi dire rejetées (Focus group, 13 mars 2014). En d'autres termes, des évolutions historiques peuvent aussi donner lieu à une incapacité de travail (Qureshi et al. 2014).

***"Doordat jobs zo complex geworden zijn, door de vraag om flexibiliteit en het hoge arbeidstempo kunnen mensen die vroeger met een bepaalde chronische aandoening nog hun taak konden verrichten, dat nu niet meer aan".***

*(De Standaard, 21 août 2013)*

**Évaluation** – Ce frame met l'accent non sur les malades, mais sur les facteurs sous-jacents et contextuels. D'où son intérêt étant donné qu'il ne problématise pas la personne concernée. Dans ce frame, l'incapacité de travail et l'invalidité (ainsi que la maladie) posent problème. Mais, pour y remédier, il ne suffit pas de guérir la personne en incapacité de travail ou invalide et de la remettre au travail. Les malades sont considérés comme les indicateurs d'une relation problématique entre différents niveaux, et ce, dans le cadre d'évolutions historiques spécifiques. Bien qu'il s'agisse d'un frame problématisant, il présente un potentiel déstigmatisant parce qu'il utilise une définition plus large, qui transcende l'individu. Ce frame ne noircit pas le travail, pas plus qu'il ne remet en question le travail en tant que valeur ou norme dans la société. Mais, il affirme que la synergie entre les différents niveaux (employeurs, travailleurs, conditions de travail, système économique, etc.) peut être la cause d'une incapacité de travail.

### 3.1.10 Counterframe: Gagnant-gagnant

**Généralités** – Là où le frame précédent se concentrait sur le thème de la maladie et du travail, le frame 'Gagnant-gagnant' aborde l'attention qu'il faut porter à la santé et au bien-être des travailleurs, parce que ceux-ci font partie intégrante du travail. Si l'on opte pour un système dans lequel on engage du personnel pour effectuer un travail, même rémunéré, il faut veiller à ce qu'il puisse se faire dans de bonnes conditions. On peut donc considérer que ce frame s'inscrit dans le cadre de la philosophie de la responsabilité sociale de l'entreprise : une entreprise doit faire 'le bien' dans toute une série de thématiques sociétales, comme la pollution, la discrimination et le bien-être (L'Etang 1994; Carroll 1999; Dyllick & Hockerts 2002). Se concentrer uniquement sur les résultats de l'entreprise et les marges bénéficiaires ne suffit pas.

Si une organisation engage des travailleurs pour effectuer un travail, elle doit être prête à les soutenir en cas de problème éventuel. L'un ne va pas sans l'autre. Il faut une symbiose dans laquelle *toutes* les parties tirent un avantage de la collaboration et s'y sentent bien. Ainsi se crée une situation gagnant-gagnant : l'organisation réalise une plus-value grâce à la mise en œuvre du travail, et la main-d'œuvre embauchée sait qu'elle reçoit non seulement un salaire en échange de son engagement et de son dévouement, mais aussi une assurance contre l'incapacité de travail.

**Formes d'expression** – Tout d'abord, il est important de préciser que ce frame met en lumière quelque chose de neuf et qu'il représente une rupture (radicale) avec le passé et ses pratiques. Ce qu'il montre surtout, c'est qu'un regard plus large sur le phénomène est nécessaire, ce qui devrait permettre une acceptation plus rapide de ce frame.

***"Le bonheur est la nouvelle valeur en hausse dans le monde du travail. Après avoir mis les employés sous pression, après avoir chanté la productivité sur tous les tons, après avoir installé un climat anxiogène lié à la crise, les managers les plus avant-gardistes se penchent sur une nouvelle donne: le bien-être de leurs collaborateurs".***

*(Gael, 22 mai 2013)*

Ce frame est intéressant parce que l'attention portée à la santé (au bien-être) des travailleurs est décrite comme une exigence pour l'organisation et, par extension, pour la société (voir extrait). Conformément aux principes de la responsabilité sociale de l'entreprise, cette nécessité n'est pas exprimée de manière négative, dans le sens d'un ordre. Elle est présentée de façon à ce que les entreprises la considèrent comme évidente. On y parle en particulier des avantages qu'offre le fait de se soucier de la santé des travailleurs. Lorsque des organisations s'investissent dans le bonheur de leur personnel, c'est bénéfique à la fois pour les travailleurs et pour les organisations (par exemple augmentation de la productivité, collaborateurs dévoués, plus grande satisfaction des travailleurs, etc.). C'est ce que montrent les extraits suivants.

**"Je suis un capitaliste et je fais des bénéfices. Mais plus je me soucie du bien-être dans mon entreprise, plus la courbe de mes profits se hisse vers les hauteurs. La seule solution pour être rentable est d'être bien".**

(Le Vif, 3 janvier 2014)

**"La prise en compte de la parentalité des travailleurs n'est pas génératrice de coûts, bien au contraire. Ne rien faire à ce niveau coûte cher, en absentéisme, en congés maladies dus au stress, en manque d'implication dans l'entreprise..."**

(Femme d'Aujourd'hui, 5 septembre 2013)

**"Door begrip op te brengen, krijg je gelukkigere werknemers die zich in ruil wellicht ook dankbaar en loyaal zullen opstellen".**

(Het Laatste Nieuws, 15 janvier 2014)

Ce frame est et demeure axé sur le monde de l'entreprise. Par conséquent, la productivité, c'est-à-dire le pilier économique, prévaut toujours. Mais, on considère qu'un équilibre avec le pilier social est crucial. De ce fait, on tient compte de l'impact de l'interaction entre le lieu de travail et les personnes qui s'y trouvent. En d'autres termes, ce frame reconnaît que ces dimensions constituent un élément structurel du travail.

Un aspect important de ce frame 'Gagnant-gagnant' est la définition spécifique de la santé, ce qu'elle représente, ses conséquences sur la manière dont le travailleur doit être appréhendé. Il utilise une définition large de la santé. À l'inverse de la définition étroite de la santé – l'absence de maladie ou de handicap, cette définition large lui confère un contenu positif : un état de bien-être total au plan physique, mental et social (Scheepers 2007). Ici, santé et bien-être sont synonymes. L'utilisation d'une telle définition implique que ce frame ne considère pas le travailleur de façon abstraite, comme une 'force de travail', mais comme un être humain doté d'une dimension biologique, psychologique et sociale.

On pourrait illustrer ce concept gagnant-gagnant par la métaphore de l'acacia. On a constaté que chez une variété de cette plante (*Acacia cornigera*), il existe une forme particulière de symbiose entre la plante et les fourmis. La plante produit une substance sucrée dont les fourmis sont friandes. En échange, la colonie de fourmis protège la plante contre les parasites. Cet équilibre naturel, dont toutes les parties bénéficient tout en conservant leur position indépendante, est l'idée centrale du framing. Les fourmis ont un avantage supplémentaire : elles symbolisent l'idée du 'travail'.

**Évaluation** – Ce frame pourrait être utilisable, car il montre que la maladie et la santé sont des éléments structurels du travail. De ce fait, l'incapacité de travail n'est pas un problème externe incontrôlable. Étant donné la définition de la santé qui est utilisée, l'accent est mis sur la notion de bien-être et l'on part du principe



qu'il est possible d'influencer et de gérer cette santé. L'incapacité de travail devient alors un problème contrôlable par les personnes concernées et par l'organisation.

Dans le frame 'Gagnant-gagnant', ce sont les organisations mêmes dont on attend qu'elles créent des conditions (un environnement) aptes à améliorer le bien-être des individus. La santé en tant que norme devient une responsabilité commune que les entreprises et les organisations doivent aussi assumer (Focus groups, 14 & 17 mars 2014). Mais, cette obligation est aussi profitable pour elles: les gens heureux s'investissent davantage et sont plus productifs.

## 3.2. Défis et solutions

Un frame ne génère pas seulement une vision spécifique de tout ce qui constitue ou non un problème, ses causes et ses conséquences. Mais, il analyse aussi des défis et des solutions. C'est ce qu'aborde cette section du rapport.

Un large consensus a clairement émergé de la discussion des résultats de l'enquête pendant les focus groupes. Le système d'incapacité de travail et d'invalidité présente des lacunes. Améliorer le système signifie qu'il doit se concentrer sur la participation sociale des personnes concernées. Les contacts avec les différentes parties prenantes ont montré leur adhésion aux défis et aux frames présentés par l'équipe de recherche. Cette méthode de travail a permis de dégager d'autres idées intéressantes et d'enrichir l'étude. Sur cette base, nous avons formulé trois principes qui pourraient aboutir à un autre regard sur l'incapacité de travail et l'invalidité et influencer positivement la réintégration des personnes concernées.

### 3.2.1 Travail

Étant donné que les personnes en incapacité de travail et invalides sont le signe d'un problème plus profond, il serait absurde de les critiquer elles seules. Il est nécessaire de s'attaquer aux causes sous-jacentes (= frame 'Canari dans la mine') et de rechercher un équilibre sain et une symbiose optimale (= frame 'Gagnant-gagnant'). Cela implique d'organiser le travail de manière à ne pas le faire peser (ou à le faire peser moins) sur une personne qui doit se montrer disponible et flexible en permanence. Au lieu de cela, on pourrait opter pour une organisation du travail sur mesure qui privilégierait les besoins et les capacités individuels. Cependant, il est important de toujours tenir compte de la taille de l'organisation et des caractéristiques du secteur dans lequel les personnes travaillent, car certains types d'emplois offrent plus de flexibilité que d'autres. Enfin, les participants ont aussi pointé les disparités entre le statut de salarié et d'indépendant, que les indépendants jugent extrêmement problématiques (= frame 'Canari dans la mine').

Tous les participants aux focus groupes disent clairement que le bien-être et la santé sur le lieu de travail sont une responsabilité collective que toute une série d'acteurs (salariés, employeurs, autorités, ...) doivent assumer. Un bon dialogue (social) est plus que jamais indispensable pour soutenir la santé et le bien-être sur le lieu de travail. En outre, les investissements dans le bien-être et la santé ne doivent pas être considérés comme une charge économique ou un obstacle pour les organisations. Car, la santé et le bien-être au travail sont des atouts importants dont bénéficient tant les personnes et les entreprises que la société. Les gens heureux et en bonne santé sont plus productifs et ne représentent pas un 'coût' pour les entreprises et l'assurance-maladie (= frame 'Gagnant-gagnant').

### 3.2.2 Compétences

Dans le but de favoriser l'acceptation et la déstigmatisation des personnes touchées, il est important de nuancer ou de modifier les points de vue des profanes sur la maladie, la santé et l'absence de travail rémunéré. Ce changement de mentalité est possible si l'on diffuse des informations pertinentes et précises sur ces thématiques (= frame 'Anormal').

Pour les personnes concernées, il est nécessaire qu'elles puissent intégrer leur maladie et ses conséquences dans leur (nouvelle) vie quotidienne. De quelles compétences disposent-elles encore? Toute aide est la bienvenue et celle de l'INAMI n'est pas la moindre. En apportant cette aide, il est important de ne pas considérer le malade comme un 'bénéficiaire passif' des soins, mais comme un 'inventeur actif' de ces mêmes soins. La reconstruction biographique à laquelle les intéressés travaillent peut bénéficier de l'appui de groupes d'entraide composés d'experts du vécu (= frame 'Vivre autrement').

En ce qui concerne la relation avec le lieu de travail, ce frame montre que l'employeur doit, dans la mesure du possible, encourager le travail sur mesure. Cela s'applique non seulement à ceux qui souhaitent reprendre le travail, mais aussi à ceux qui sont déjà ou encore actifs. En d'autres termes, il faut être tout aussi attentif au 'retour' de la personne au travail qu'aux éléments qui soutiennent et stimulent le fait de 'rester' au travail (= frame 'Vivre autrement').

De plus, on a fait observer dans les focus groupes que des risques étaient liés à la reprise du travail. Le premier danger est le risque de *rétrogradation*, c'est-à-dire une 'dégradation' par opposition à une 'promotion'. La personne peut se voir reléguée à des postes qui ne correspondent pas à ses compétences. Autre danger: le travail à temps partiel peut avoir des conséquences négatives sur les allocations en cas de rechute. Pour y remédier, il faut partir du principe que les personnes concernées doivent avoir un '*droit à l'essai*' leur permettant de travailler en toute sécurité à leur retour sur le marché du travail. Elles pourraient ainsi retrouver ou renforcer leur confiance en soi et rétablir une relation de confiance avec l'employeur. Bien sûr, cela implique de renoncer à la réflexion binaire actuelle – *capacité* de travail par opposition à *incapacité* de travail – et d'accepter l'idée d'une gradation. Enfin, des conflits sont possibles avec les collègues. La reprise du travail – ou un emploi à temps partiel – peut créer des tensions avec ces derniers. Les dirigeants ont un rôle à jouer à cet égard. Aborder la reprise du travail dans une perspective à long terme peut être l'occasion pour eux d'établir des conventions claires avec les différentes parties (= frame 'Vivre autrement').

### 3.2.3 Réglementation

#### Accès & sortie

Un problème important a été évoqué en ce qui concerne l'accès/la sortie du système, comme l'illustre le frame du 'Gardien'. Le fait est qu'en cas de doute quant au diagnostic, le récit du patient peut être remis en question avec, comme conséquence, que les personnes concernées se retrouvent dans un vide scientifique et juridique. Un travail plus personnalisé est donc nécessaire. Du côté des médecins, on pourrait améliorer la communication entre les parties en présence et formuler à leur intention des recommandations de bonnes pratiques.

La solution au problème exposé ci-dessus réside en partie dans la démedicalisation de l'évaluation de l'incapacité de travail et de l'invalidité. Il convient de chercher des solutions qui soutiennent les médecins concernés. Une piste serait de pluraliser l'évaluation de l'état des malades (= frame 'Polyphonie'). Concrètement, on utili-



serait un modèle bio-psycho-social dans lequel les évaluations se feraient dans une relation multidisciplinaire (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, kinésithérapeutes, médecin du travail,...). L'équipe multidisciplinaire tiendrait compte non seulement de la personne et de la maladie responsable de l'incapacité de travail, mais aussi de l'ensemble du contexte: la situation familiale – est-on seul à faire face? – ou la question de la mobilité. Dans cette perspective pluraliste, il faut aussi réfléchir à la prise en compte de la parole des personnes concernées. Et ce, via les associations de défense des intérêts des patients, qui peuvent notamment les aider ou les représenter.

### ***Dans le système***

Les personnes déjà présentes dans le système d'incapacité de travail et d'invalidité sont clairement confrontées à des défis. Le système actuel, trop complexe, fait obstacle à leur réintégration (= frame 'Labyrinthe'). Car, il se concentre surtout sur leurs déficiences et non sur leurs capacités. On constate également que rares sont celles qui savent ce qui est permis ou non. C'est le cas des personnes concernées, mais aussi de celles qui sont censées les aider.

Là aussi, on peut critiquer le caractère strictement binaire du système d'incapacité de travail et d'invalidité. De ce point de vue, le système doit être simplifié et se concentrer sur la réintégration. À cet égard, il est fondamental que les personnes concernées soient mieux informées de ce qui est autorisé ou non. Une piste serait de faire appel à des 'guides' ou des 'personnes-ressources' (= frame 'Fil d'Ariane').

Le danger est que les personnes dans le système ne retrouvent plus jamais le chemin du marché du travail, parce qu'elles sont empêtrées dans le fouillis de la réglementation sur l'incapacité de travail. L'important ici est de ne pas se concentrer sur leurs déficiences, mais bien sur les compétences qu'elles ont (encore) (= frame 'Vivre autrement'). Il est donc nécessaire d'établir des conventions relativement tôt et d'échanger les informations nécessaires à leur réintégration sur le marché du travail. Là aussi, on pointe les risques de rétrogradation et les conséquences négatives d'un emploi à temps partiel sur les allocations en cas de rechute.

Les personnes dans le système ont besoin d'une marge de manœuvre suffisante pour gérer leur maladie. Elles doivent pouvoir se livrer à une certaine introspection. Cela implique que lors de cette introspection, il faut les soutenir dans la manière de faire, leur offrir des formations et des possibilités de recyclage. Là aussi, il faut s'attacher aux compétences qu'elles ont encore et auront dans le futur plutôt qu'à leurs déficiences. Enfin, on plaide pour une flexibilité du marché du travail qui permettrait aux intéressés de réorienter leur carrière (= cadre 'Fil d'Ariane').

### ***Infraction aux règles***

En ce qui concerne le frame 'Fraude', il a été dit que si le contrôle, qui doit endiguer les abus, et les règles, qui doivent étouffer ces abus dans l'œuf, échouent ou sont en tout cas inadaptés, c'est parce qu'ils sont mal organisés ou trop laxistes. Dans le cadre de ce frame, on préconise de renforcer les mécanismes de contrôle et de les appliquer de façon plus stricte. Il faut aussi étendre les instances de contrôle et leur donner davantage de moyens.

Il convient de noter que bien que les participants aux différents focus groupes reconnaissent l'existence de fraudes et la nécessité d'un contrôle, leur vision est plus nuancée. Ils critiquent l'ampleur de la fraude – telle qu'elle est présentée dans le frame (= frame 'Débrouillard'), mais ajoutent qu'il ne faut pas 'contrôler pour contrôler', qu'il est nécessaire de lutter avec efficacité contre la fraude, mais pas dans le but de 'faire baisser

les chiffres'. Le contrôle ne doit pas faire obstacle à la participation sociale des personnes concernées, d'où l'importance d'une communication claire sur ce qui est autorisé ou non et le rôle majeur que peuvent jouer les 'guides' des intéressés (= frame 'Fil d'Ariane').

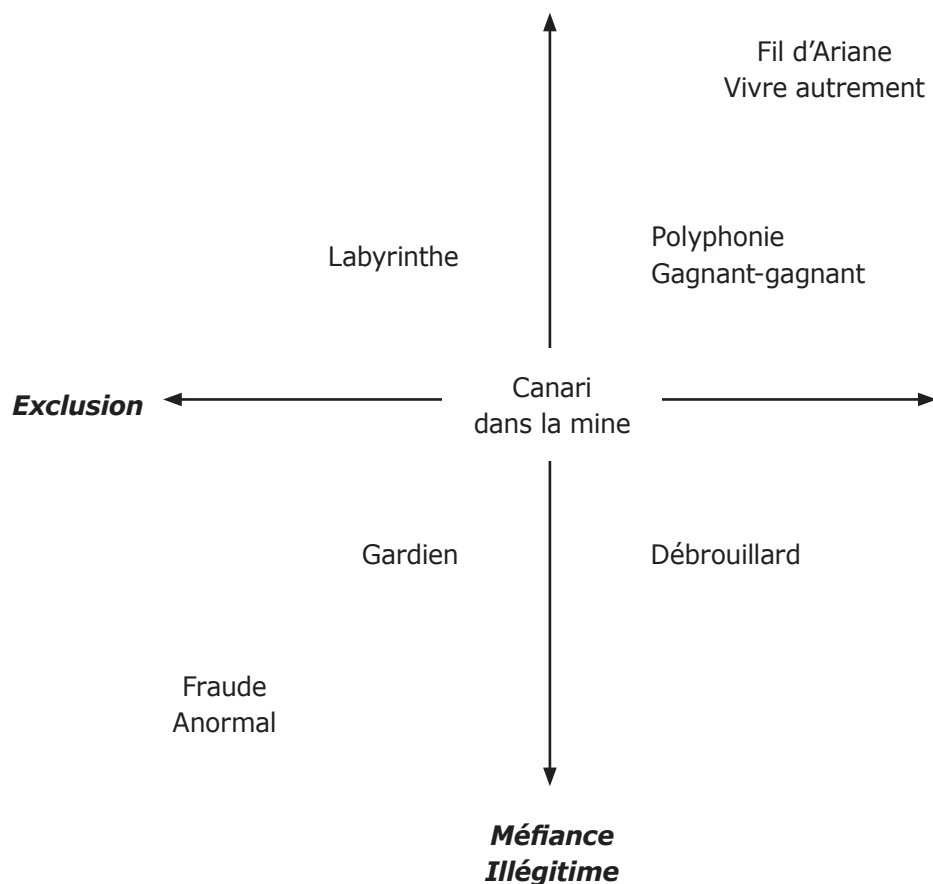
Pour lutter contre la fraude, les participants aux focus groupes préconisent une simplification du système. Il faut combler les lacunes du système sans pour autant mettre en danger le principe de solidarité. Un élément sur lequel de nombreux participants insistent est la nécessité de stimuler une attitude correcte chez les personnes concernées. En bref, il s'agit de stimuler auprès de la population une '*citoyenneté*' ou une '*culture citoyenne*' pour qu'elle soit moins rapidement encline à contourner les règles 'de façon créative'.

## 4. CONSEILS DE COMMUNICATION

### 4.1. Une boîte à outils bien rangée

Les cinq frames et cinq counterframes forment ensemble une boîte à outils que toute personne désireuse de communiquer à propos de l'incapacité de travail et de l'invalidité pourra utiliser à sa guise. Les chercheurs ne mettent donc pas en avant un seul frame, utilisable en toutes circonstances. Les frames n'ont pas un caractère universel. Ce qui signifie qu'il faut d'abord examiner dans quel contexte ils doivent être utilisés, de quel message il s'agit et qui sont les destinataires. Tous les frames problématisants ne doivent pas être écartés et tous les frames déproblématisants n'ont pas la préférence. Par exemple, le counterframe 'le Débrouillard' présente une variante déproblématisante de 'la Fraude' mais n'en livre pas forcément une image plus souhaitable.

La boîte à outils proposée n'est pas non plus un fourre-tout composé de frames en désordre parmi lesquels le communicateur puisera au hasard. Les frames et counterframes sont liés entre eux de façon spécifique. Nous avons obtenu ce classement en croisant deux perspectives. Premièrement, nous sommes partis de l'objectif de cette recherche, à savoir favoriser l'inclusion et combattre l'exclusion. Les différents frames ont donc été évalués en fonction de leur caractère inclusif ou exclusif. En d'autres termes, une histoire d'exclusion ou d'inclusion est-elle au centre du frame? Dans une deuxième étape, nous sommes partis de considérations tirées de la littérature consultée. Peut-on parler de légitimité et de confiance ou non? La légitimité est-elle au cœur du frame ou le frame insiste-t-il plutôt sur le caractère illégitime de la situation des personnes concernées et éprouve-t-on de la méfiance à leur égard? En classant les réponses à ces questions, on a pu disposer les frames sur un axe confiance/légitime, d'une part, et méfiance/illégitime, d'autre part. Le résultat du croisement des deux exercices est présenté à la figure 12.



**Figure 12. Répartition bidimensionnelle des frames et counterframes:  
exclusion - inclusion et confiance/légitime - méfiance/illégitime**

Ce système d'axes montre que les frames problématisants se situent du côté de l'exclusion par opposition aux counterframes déproblématisants, orientés vers l'inclusion. Il montre également que les frames qui se concentrent fortement sur les éléments (négatifs) de la méfiance et de l'exclusion sont les frames 'Fraude' et 'Anormal', leurs pôles opposés étant les frames 'Fil d'Ariane' et 'Vivre autrement'.

Plusieurs considérations sont importantes lorsque l'on effectue un choix parmi les frames et counterframes. Premièrement, il faut garder à l'esprit ce qui intéresse la population belge. Comme le montrent les données d'Elchardus et Te Braak (2014), une majorité de Belges croit que de nombreuses personnes en incapacité de travail pourraient travailler, ce qui a déjà été évoqué précédemment dans ce rapport. Ce constat s'inscrit dans une croyance plus large en l'existence d'une fraude à grande échelle en Belgique. Le frame 'Fraude' illustre ce point de vue. Un autre point pertinent est le fait qu'Elchardus et Te Braak suggèrent qu'en ce qui concerne l'incapacité de travail et l'invalidité, les Belges s'attendent à ce que les personnes concernées soient totalement inactives, en d'autres termes, qu'elles ne puissent pas faire grand-chose d'autre que rester au lit. Les auteurs parlent du 'concitoyen invisible': on s'attend à ce que le malade se dérobe à la vue des autres. Nous retrouvons cette assimilation de la maladie à la passivité dans le frame 'Anormal'. Tout comme le frame 'Fraude', ce frame non seulement problématise, mais il est aussi axé sur l'exclusion sociale et la stigmatisation.

Le frame 'Débrouillard', qui affirme que la fraude existe et existera toujours, fait contrepoids aux deux frames stigmatisants. Le potentiel de ce frame réside notamment dans le fait qu'il tend un miroir aux gens : 'que feriez-vous si...?' Cependant, comme celui-ci peut donner l'impression que l'on peut fermer les yeux sur la vraie fraude, une meilleure stratégie pourrait consister en une remise en question du frame 'Anormal', ce qui aurait comme conséquence d'ébranler également le frame 'Fraude'. La mise à mal du frame 'Anormal' doit clairement indiquer que les personnes extérieures jugent incorrectement le comportement des personnes en incapacité de travail et invalides (voir entre autres Nijhof 2011). À cet égard, il est également important d'attribuer au counterframe 'Vivre autrement' une place centrale dans la communication. En effet, la personne en incapacité de travail occupe une place centrale, de sorte qu'on la considère comme *active* et disposant de capacités restantes. Le frame souligne en outre le rôle positif de l'État-providence : aide solidaire et soutien aux personnes.

Le rôle positif de l'État-providence est aussi abordé dans le frame 'Fil d'Ariane', qui souligne que l'État-providence est là pour aider les personnes fragiles dans la vie et dans la société. Une opportunité s'offre ici, car la grande majorité des Belges est consciente de l'impact positif de l'assurance-maladie (Elchardus & Te Braak 2014). Le 'Fil d'Ariane' représente le scénario idéal, parce qu'il contribue à la réintégration dans le circuit de travail régulier. Si la nature de la maladie ne le permet pas, notamment en cas de maladie chronique très invalidante, il faudra utiliser le frame 'Vivre autrement'.

L'étude d'Elchardus et Te Braak nous apprend aussi que deux points de vue existent au sein de la population en ce qui concerne l'augmentation actuelle de l'incapacité de travail. Le premier évoque le manque de volonté de travailler, alors que le second considère cette augmentation comme une conséquence de l'incertitude actuelle et de la pression du travail, c'est-à-dire des facteurs indépendants de l'intéressé. Ce dernier point de vue est partagé par une majorité de Belges et correspond parfaitement au frame problématisant du 'Canari dans la mine'. Cela montre clairement qu'un frame *problématisant* n'est pas fondamentalement un frame *problématique*, inutilisable dans la communication. Chacun des frames et des counterframes contient une part de vérité, mais ne peut saisir la réalité dans sa totalité. C'est dans leur combinaison que réside la nuance et qu'une perception plus équilibrée est possible.

## 4.2. L'utilisation pratique des frames définis

L'utilisabilité pratique des frames peut être prise au pied de la lettre, en ce sens qu'il est possible de les désigner explicitement, de les nommer pour inciter les gens à y réfléchir. Comme nous l'avons dit précédemment, le caractère stigmatisant des étiquettes 'incapacité de travail' et 'invalidé' s'expriment surtout dans les frames 'Anormal' et 'Fraude'. En dépit de leur caractère stigmatisant, ces frames sont potentiellement utiles dans la communication. La principale raison est qu'il s'agit de cadres conceptuels non seulement dans l'esprit des personnes extérieures, mais aussi dans l'esprit des personnes en incapacité de travail. Dans le processus de stigmatisation, l'internalisation de la stigmatisation joue aussi un rôle chez les intéressés. L'auto-stigmatisation dans le contexte de l'incapacité de travail et de l'invalidité signifie concrètement que les intéressés développent un sentiment de culpabilité et se préoccupent énormément de ce que pensent les autres. Un témoin raconte qu'en dépit du fait qu'elle souffre d'une forme sévère de la maladie de Crohn, elle n'ose pas occulter la lumière dans la maison pendant la journée, car "que penseraient les voisins?".

S'il est vrai que la société juge les gens ("ne devrait-elle pas être au lit puisqu'elle ne peut pas travailler?"), les focus groupes ont montré que les intéressés ont trop d'imagination et anticipent les réactions éventuelles d'autres personnes, souvent de parfaits inconnus. Cela les empêche de participer à la vie sociale et d'entreprendre une activité qui pourrait favoriser leur estime de soi et même contribuer positivement au processus de guérison. En dialoguant avec ces personnes, il serait bon, par conséquent, de nommer les cadres conceptuels qu'ils utilisent et de les remettre en question. Quelques citations tirées des focus groupes montrent en quoi consiste cette 'auto-stigmatisation'. Dans la première, une dame s'en veut parce qu'elle se surprend à ne plus faire à l'extérieur ce qu'elle aime faire. Dans le deuxième cas, la personne comprend le jugement des autres, parce qu'elle se rend compte qu'elle avait les mêmes réactions (avant sa maladie). Dans le troisième exemple, l'intéressé éprouve un sentiment de culpabilité à l'égard des gens qui travaillent.

**"Ik ga soms niet naar het toneel, hoewel ik graag zou willen gaan. Niemand verwacht mij daar, denk ik dan. Zal ik er wel iemand kennen? Of gaat men het over dingen hebben die me niet interesseren? Als ik terug thuis kom, dan mag ik weer alleen thuis zitten, in een koud huis, maak ik me zelf wijs. Dat is waarom ik bepaalde dingen niet onderneem. Ik ken die momenten".**

(Focus group 17 mars 2014)

**"Maar ik dacht ook zo vroeger. Als ik zo iemand zag fietsen op de dijk, schoon gebruikt: die heeft nogal tijd om te fietsen op de dijk. Als ik nu zo iemand zie fietsen op de dijk, zeg ik: Die heeft de moed om te gaan fietsen. (...) Ik heb het maar gesnapt toen ik het zelf had".**

(Focus group 17 mars 2014)

**"Ik besef heel duidelijk dat ik in België, dat ik hier ziek kan zijn, dat geeft bij mij een conflict. Ik ben ziek, ik ben niet ziek, heb ik recht op arbeidsongeschiktheid? Ik besef dat goed".**

(Focus group 17 mars 2014)

Si le rôle et les limitations du cadre légal et de la procédure sont problématisés, les frames 'Labyrinthe' et 'Gardien' peuvent entrer en ligne de compte, le premier en renvoyant surtout à la réglementation et le second à l'attribution d'étiquettes. Le frame problématisant qui semble apte à montrer la complexité de la problématique est le frame du 'Canari dans la mine'. Enfin, il peut aussi être utile, dans un débat, par exemple, de reconnaître l'utilisation de ces frames problématiques chez un interlocuteur et de remettre en question leur utilisation.

Si l'objectif est de réfléchir d'une autre manière à l'incapacité de travail et à l'invalidité, les counterframes définis seront utiles. Pendant les focus groupes organisés dans le cadre de cette recherche, les frames 'Gagnant-gagnant' et 'Vivre autrement' ont reçu le plus de soutien et se sont avérés les plus aptes à faire réfléchir les participants. Pour utiliser pleinement les counterframes 'Polyphonie' et 'Fil d'Ariane' dans la communication, il faudrait que quelque chose change sur le terrain et qu'on tente d'améliorer les procédures et les réglementations. Lorsque la plupart des intéressés ont l'impression que la réglementation est d'une nature telle que l'on s'y perd (le frame 'Labyrinthe'), il faut beaucoup de force de persuasion pour leur montrer qu'elle peut malgré tout être un 'Fil d'Ariane'. En tout cas, les deux frames peuvent être utiles pour indiquer sur quoi on veut travailler.

Le frame du 'Débrouillard' est particulier parce qu'il évoque énormément de choses chez les gens et qu'il peut susciter de nombreuses discussions, surtout parce qu'il pointe les motifs qui poussent les intéressés à utiliser les statuts existants : avec les meilleures intentions du monde, par ignorance, pour maximiser le profit personnel et peut-être parce que c'est tout simplement indispensable. Ce counterframe illustre bien le fait qu'un frame problématisant n'est pas forcément négatif et qu'un counterframe n'est pas forcément positif. Le counter frame 'le Débrouillard' offre un regard alternatif sur la (prétendue) mauvaise utilisation du système de l'incapacité de travail et de l'invalidité. Mais, son utilisation par des instances officielles pourrait avoir un effet boomerang en suggérant que la fraude est possible, pourvu qu'elle soit réalisée pour de bonnes raisons.

Un autre conseil que l'on pourrait donner en se basant sur les focus groupes est d'utiliser un langage imagé. Pour chacun des 'frame packages' définis, on a cherché une métaphore apte à illustrer aussi bien que possible le raisonnement du frame. Le frame du 'Canari dans la mine' est le plus frappant à cet égard. Comme la plupart des gens connaissent l'histoire du canari, on peut l'utiliser pour expliquer de quoi il est question dans le frame. Cette métaphore s'est d'ailleurs avérée si forte qu'elle est réapparue sans cesse dans les réactions spontanées des participants aux ateliers et pendant la discussion des autres frames. Nous illustrons le potentiel de communication de ce frame par quelques citations tirées des focus groupes :

- *"Il est stupide de s'intéresser seulement au canari, de vouloir le ranimer, alors que tout le système ne vaut rien"* (pour expliquer que la chute du canari doit être considérée comme un signe, le problème à résoudre n'est pas le canari, mais la raison 'invisible' pour laquelle le canari est tombé de son bâton). (Focus groupe, 13 mars 2014)
- *"Un canari malin cherchera de l'air frais. Encore faut-il que la porte soit ouverte"* (pour montrer que le système doit offrir suffisamment d'aide à la personne en incapacité de travail pour qu'elle puisse en sortir facilement et ne pas rester coincée). (Focus group, 13 mars 2014)
- *"Alors, c'est au canari de choisir"* (pour indiquer que dans le frame 'Vivre autrement', les intéressés eux-mêmes ont beaucoup d'atouts en main). (Focus group, 17 mars 2014).

Lorsque l'on utilise un langage imagé, il est important de bien étudier la métaphore utilisée afin de clarifier au préalable toutes les interprétations possibles. Une métaphore peut offrir des possibilités, mais aussi constituer un piège. Exemple : à première vue, le frame 'Labyrinthe' semble apte à rendre l'ensemble de la réglementation responsable de la problématique. Mais, si on réfléchit bien, on peut se demander si la responsabilité n'est pas partagée. Certes, la réglementation est complexe, mais sa complexité s'explique en grande partie par le fait que les règles se sont peu à peu adaptées à la grande diversité de cas, précisément dans le but de tenir compte des nombreuses formes et causes d'incapacité de travail. La responsabilité des personnes dans le labyrinthe est bien plus grande lorsqu'elles commencent à s'y sentir bien et à s'y 'faire un nid'. Elles s'y sentent

à l'aise, protégées contre la 'méchanceté' du monde extérieur. Elles cherchent un endroit dans le labyrinthe, un couloir sans issue, et s'y installent. C'est pourquoi la réglementation devrait encourager les personnes dans le système à prendre l'initiative de sortir du labyrinthe, peut-être en se construisant leurs propres ailes, à l'instar de Dédale dans la mythologie grecque.

L'exemple du 'Labyrinthe' montre qu'il s'agit d'un frame dont l'idée centrale pourrait être explicitement utilisée dans la communication, parce qu'elle peut expliquer plusieurs aspects du raisonnement et susciter des discussions (les règles complexes sont-elles le problème ou la responsabilité est-elle partagée?).

### 4.3. Vers des appellations alternatives

Les résultats de cette étude de framing s'inscrivent dans un projet plus large dont l'objectif est aussi d'examiner la possibilité d'utiliser d'autres termes pour désigner les concepts 'incapacité de travail' et 'invalidité'. En guise de conclusion, nous formulons dans ce paragraphe quelques suggestions de termes alternatifs, basés sur les résultats de l'étude.

'Nain', 'handicapé', 'dément', 'allochtone' et 'senior' sont des termes que l'on utilise – ou utilisait – pour désigner certaines personnes, mais qui tous, à des degrés divers, contribuent à les stigmatiser. Ce sont aussi des appellations typiques que n'utilisent pas les individus appartenant à la catégorie désignée, mais qui leur sont imposées par des personnes extérieures. Les personnes censées appartenir à ces catégories ne considèrent pas que ces termes définissent leur identité, mais les ressentent comme des étiquettes que d'autres leur collent. Dès que des étiquettes froissent les intéressés, il va de soi qu'on doit les éviter ou du moins opter pour une variante moins chargée. Il n'existe pas de termes neutres n'évoquant aucune association (négative), mais il en existe qui sont moins ou non stigmatisants.

En effet, les étiquettes ont comme conséquence de réduire la personne à une seule caractéristique; les autres ne comptent pas. Il est donc évident que l'on doit utiliser une formulation non-réductrice de l'individu. C'est pourquoi on préfère parler de 'personnes souffrant de démence', de 'personnes issues de l'immigration', de 'personnes avec une déficience visuelle', etc. Les néologismes relatifs à l'incapacité de travail et l'invalidité devraient donc commencer par 'personnes avec...', 'individus avec...', etc.

Mais, ajouter 'personnes' ou 'individus' à 'incapacité de travail' et 'invalidité' ne suffit pas, car les termes 'personnes en incapacité de travail' et 'personnes invalides' impliquent toujours une stigmatisation. D'abord parce que la terminologie ne tient pas compte du caractère temporaire du statut et exclut apparemment le fait que les personnes concernées possèdent encore des capacités leur permettant de travailler. 'En incapacité de travail' et 'invalides' ont tendance à 'allonger' la maladie qui fait entrer la personne dans le système d'incapacité de travail, alors qu'elle est souvent provisoire. Au bout d'un an, on parle d'invalidité. Ces termes laissent entendre que, de façon inhérente, ces personnes sont inaptes à effectuer une activité quelle qu'elle soit. D'où la nécessité évidente de parler de 'personnes ayant des *capacités* de travail réduites'.

Là aussi, trois alternatives et améliorations sont envisageables. Premièrement, les 'capacités restantes' ne sont pas nécessairement de 'nature inférieure' aux capacités d'origine. Ce sont d'autres capacités, certes, mais elles peuvent être des capacités qui permettent aux personnes d'effectuer un travail, quoique d'une autre nature. On pourrait recommander l'appellation 'personnes ayant une capacité de travail modifiée'. Deuxièmement, il se peut que le terme 'travail' évoque plutôt une activité physique, c'est pourquoi 'capacité d'emploi'



pourrait être une alternative. Enfin, on pourrait marquer la différence entre incapacité de travail et invalidité en utilisant respectivement les termes 'provisoire' et 'de longue durée'. Les termes alternatifs pour incapacité de travail et invalidité deviendraient alors :

- personnes ayant une capacité de travail (d'emploi) provisoirement modifiée ;
- personnes ayant une capacité de travail (d'emploi) modifiée sur une longue durée.



## CONCLUSION

Il est évident que désigner l'incapacité de travail et l'invalidité par d'autres termes ne changera pas grand-chose. Voire rien du tout, car tout néologisme peut évoquer petit à petit des associations mal ressenties. Un framing alternatif, déproblématisant, est peu efficace, surtout si le résultat d'un counterframing est que la problématique sous-jacente n'est plus du tout ressentie comme problématique. Une des raisons pour lesquelles les acteurs les plus concernés et les plus engagés contribuent parfois eux-mêmes à un framing problématisant pouvant renforcer la stigmatisation, est que cette problématisation est souvent un appel à l'attention. Ce n'est que lorsqu'un thème est ressenti comme problématique qu'il attire l'attention des responsables politiques, des bailleurs de fonds, des mécènes, de sorte qu'on peut y remédier. D'où l'importance pour un communicateur de chercher un bon équilibre entre des frames problématisants et des counterframes déproblématisants. C'est là que réside l'image la plus équilibrée et nuancée.

Mais, pour ce qui est de la question de l'incapacité de travail et de l'invalidité qui nous occupe, le fait est – et c'est ce que ressentent également les différentes parties prenantes impliquées dans l'étude, que la terminologie utilisée est à elle seule stigmatisante. En outre, il y a le regard des personnes extérieures sur les phénomènes, ainsi que le regard supposé, c'est-à-dire le ressenti des intéressés dû à une auto-stigmatisation, à un sentiment de culpabilité et de honte.

L'INAMI est bien conscient de cette problématique, c'est ce qui l'a poussé à commanditer cette étude, et des adaptations de la réglementation basées sur la collaboration entre différents conseillers et – paradoxalement – une réglementation plus complexe en vue de stimuler le processus de réintégration des intéressés. Il ne fait aucun doute que d'autres initiatives plus concrètes suivront pour intervenir dans la 'réalité'. L'association des visions et des opinions des participants aux focus groups et des textes abordés met d'ores et déjà en lumière trois éléments de base pour lesquels il existe un consensus. Ce sont ces éléments qui pourraient être à la base d'une nouvelle modernisation du système d'incapacité de travail et d'invalidité. Il s'agit en particulier:

- d'une simplification et d'une flexibilité (c'est-à-dire être attentif à la spécificité de l'intéressé) du système;
- d'un dialogue et d'une communication entre les parties concernées;
- de créer des 'ponts' entre la personne malade et la société (c'est-à-dire passer d'une vision binaire – capable par opposition à incapable – à une vision graduelle – capacités et 'droit à l'essai').

La contribution spécifique des résultats de cette étude de framing est que chaque frame et chaque counterframe offrent une autre perspective de la réalité, même si celle-ci demeure objectivement inchangée. Certains frames (par exemple le 'Canari dans la mine') et counterframes (par exemple 'Poly-

phonie' et 'Vivre autrement') de cette étude ont le potentiel d'au moins élargir les cadres conceptuels, le 'mindset', des différentes parties concernées, de sorte qu'un certain nombre de perspectives complémentaires puissent être prises en compte. En effet, l'objectif final pourrait être non pas d'écarter certains frames, mais plutôt de faire prendre conscience du fait que plusieurs frames sont envisageables. Dès que l'on garde à l'esprit l'ampleur du nombre de frames possibles, le débat peut se dérouler différemment. C'est aussi ce que vise le relevé des frames et counterframes de cette étude: une compréhension plus grande et plus fine de la problématique. Les témoignages et la contribution des différents participants aux ateliers et aux focus groupes montrent qu'une amélioration significative est possible, c'est-à-dire qu'adopter plusieurs points de vue sur l'incapacité de travail et l'invalidité est nécessaire pour ne pas opter pour la solution de facilité, à savoir une vision stéréotypée et sans nuance des personnes dont les capacités de travail (d'emploi) sont modifiées provisoirement ou sur une longue durée.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abts, Koen, Karel Dobbelaere, and Liliane Voyé, eds. 2011. *Nieuwe tijden, nieuwe mensen: Belgen over arbeid, gezin, ethiek, religie en politiek*. Leuven: LannooCampus.
- Asbring, Pia. 2001. Chronic illness – a disruption in life: identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing* 34 (3):312-319.
- Ayo, Nike. 2011. Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health* 22 (1):99-105.
- Beck, Miriam. 2001. Theoretische achtergrondstudies in verband met ongelijkheid en gezondheid. Deel 2.: Vrije Universiteit Brussel in opdracht van Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden.
- Blair, Alan. 1993. Social class and the contextualization of illness experience. In *Worlds of Illness. Biographical and cultural perspectives on health and disease*, edited by A. Radley. London & New York: Routledge.
- Blank, Robert H., and Viola Desideria Burau. 2004. *Comparative health policy*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire; New York: Palgrave Macmillan.
- Blaxter, Mildred. 1990. *Health and lifestyles*. London: Routledge.
- Bruyninx, Katrien, Brigitte Cosemans, Marc De Greef, Lieven Eeckelaert, Nele Roskams, and Odette Wlodarski. 2012. Return to work. Een project gericht op de vrijwillige (re)integratie van werknemers die genieten van uitkeringen ten gevolge van een arbeidsongeschiktheid. Brussel: Prevent. Instituut voor preventie en welzijn op het werk.
- Bury, Michael. 1982. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness* 4 (2):167-182.
- Carroll, A.B. 1999. Corporate Social Responsibility: Evolution of a definitional construct. *Business & Society* 38 (3):268-295.
- Conrad, peter, and Alison Angell. 2004. Homosexuality and Remedicalization. *Society* 41 (5):32-39.
- Corbin, Juliet, and Anselm Strauss. 1985. Managing chronic illness at home: Three lines of work. *Qualitative sociology* 8 (3):224-247.
- Crawford, Robert. 2006. Health as a meaningful social practice. *Health: 10* (4):401-420.
- Crooks, Valorie A., Vera Chouinard, and Robert D. Wilton. 2008. Understanding, embracing, rejecting: Women's negotiations of disability constructions and categorizations after becoming chronically ill. *Social Science & Medicine* 67 (11):1837-1846.
- D'Houtaud, A., and Mark G. Field. 1984. The image of health: variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health & Illness* 6 (1):30-60.
- de Vries, G. 1999. Wordt gezondheid een verdienste? *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 26 (3):423-431.
- Deferme, Jo. 2007. *Uit de ketens van de vrijheid: het debat over de sociale politiek in België 1886 - 1914, Kadoc-Studies* Leuven: Universitaire Pers.
- Dyllick, Thomas, and Kai Hockerts. 2002. Beyond the business case for Corporate Sustainability. *Business Strategy and the Environment* 11 (2):130-141.

- Elchardus, Mark, and Petrus Te Braak. 2014. *Uw gezondheidszorg, Uw mening telt!* Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Elias, Norbert. 1997. *La société des individus*. Paris: Pocket.
- > 1998. *Qu'est-ce que la sociologie?* Paris: Pocket.
- Engels, J. 1970. *L'évolution de L'assurance maladie-invalidité obligatoire (1945-1970)*. Bruxelles: Institut Nationale d'Assurance Maladie-Invalidité.
- Foucault, Michel. 2008. *The Birth of Biopolitics. Lectures at the Collège de France, 1978-1979*. Translated by G. Burchell. Edited by M. Senellart, F. Ewald & A. Fontana. Basingstoke & New York: Palgrave Macmillan.
- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of medicine; a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead.
- Galer, Dustin. 2012. Disabled Capitalists: Exploring the Intersections of Disability and Identity Formation in the World of Work. *Disability Studies Quarterly* 32 (3).
- Galvin, Rose. 2002. Disturbing Notions of Chronic Illness and Individual Responsibility: Towards a Genealogy of Morals. *Health*: 6 (2):107-137.
- Gezondheidsenquête. *Volledige rapporten: Gezondheidsenquête door Interview België* 2008. Available from [https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige\\_rapporten\\_2008.aspx](https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2008.aspx).
- Hassenteufel, Patrick, and Bruno Palier. 2007. Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems. *Social Policy & Administration* 41 (6):574-596.
- Hodgetts, Darrin, Bruce Bolam, and Christine Stephens. 2005. Mediation and the Construction of Contemporary Understandings of Health and Lifestyle. *Journal of Health Psychology* 10 (1):123-136.
- Jadot, Jean. 2008. Incapacité de travail temporaire et troubles anxio-dépressifs. *Santé Publique* 20 (5):455-464.
- L'Etang, Jacqui. 1994. Public Relations and Corporate Social Responsibility: Some issues arising. *Journal of Business Ethics* 13 (2):111-123.
- Lakoff, George. 2008. *Don't think of an elephant: Know your values and frame the debate*. White River Junction, VT: Chelsea Green Publishing.
- Lee, Jessica, and Doune Macdonald. 2010. "Are they just checking our obesity or what?" The healthism discourse and rural young women. *Sport, Education and Society* 15 (2):203-219.
- Lightman, Ernie, Andrea Vick, Dean Herd, and Andrew Mitchell. 2009. 'Not disabled enough': Episodic disabilities and the Ontario Disability Support Program. *Disability Studies Quarterly* 29 (3).
- Link, Bruce G, Jo C Phelan, Michaeline Bresnahan, Ann Stueve, and Bernice Pescosolido. 1999. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health* 89 (9): 1328 - 1333.
- Link, Bruce G., and Jo C. Phelan. 2001. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* 27:363-385.
- Moran, Michael. 2000. Understanding the welfare state: the case of health care. *British Journal of Politics and International Relations* 2 (2):135-160.
- Neefs, Hans, Hedwig Verhaegen, and Brecht Desplenter. 2012. *Werken na kanker: welke problemen ervaren (ex-) patiënten die het werk hervatten?* Brussel: Vlaamse Liga tegen Kanker.
- Nettleton, Sarah. 1998. *The sociology of health & illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nijhof, Gerard. 2002. *Ziekenwerk. Een kleine sociologie van alledaagse ziekenleven*. Amsterdam: Aksant.
- > 2011. Problemen bij gratieverlies van mensen met de ziekte van Parkinson. Ongewoon en bekeken, onwolvogelijk en gedevalueerd. *Sociologie* 7 (2):135-155.
- Nuyens, Yvo. 1980. *De eerste lijn is krom*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- OCDE. 2010. *Maladie, invalidité et travail. Surmonter les obstacles - Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*. edited by E. OCDE: OCDE.

- Oldfield, Margaret. 2013. "It's not all in my head. The pain I feel is real": How Moral Judgment Marginalizes Women with Fibromyalgia in Canadian Health Care. *Women's Health & Urban Life* 12 (1).
- Olstead, Riley. 2002. Contesting the text: Canadian media depictions of the conflation of mental illness and criminality. *Sociology of Health & Illness* 24 (5):621-643.
- Palacios-Espinosa, X., and B. Zani. 2012. La stigmatisation de la maladie physique: le cas du cancer. *Psycho-Oncologie* 6 (4):189-200.
- Parsons, Janet A, Joan M Eakin, Robert S Bell, Renée-Louise Franche, and Aileen M Davis. 2008. "So, are you back to work yet?" Re-conceptualizing 'work' and 'return to work' in the context of primary bone cancer. *Social Science & Medicine* 67 (11):1826-1836.
- Payer, Lynn. 1988. *Medicine & Culture. Varieties of treatment in the United States, England, West-Germany and France*. New York: PenguinBooks.
- Pierret, Janine. 1993. Constructing discourses about health and their social determinants. In *Worlds of Illness. Biographical and cultural perspectives on health and disease*, edited by A. Radley. London & New York: Routledge.
- Pond, Rachael, Christine Stephens, and Fiona Alpass. 2010. Virtuously Watching One's Health: Older Adults' Regulation of Self in the Pursuit of Health. *Journal of Health Psychology* 15 (5):734-743.
- Qureshi, Kaveri, Sarah Salway, Punita Chowbey, and Lucinda Platt. 2014. Long-term ill health and the social embeddedness of work: a study in a post-industrial, multi-ethnic locality in the UK. *Sociology of Health & Illness*:n/a-n/a.
- Ravindran, Neeraja, and BarbaraJ Myers. 2012. Cultural Influences on Perceptions of Health, Illness, and Disability: A Review and Focus on Autism. *Journal of Child and Family Studies* 21 (2):311-319.
- RIZIV. *Statistieken van de Uitkeringen* 2010. Available from <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/statistics/allowances/2010/pdf/statisticsallowances2010all.pdf>.
- > 2011. Jaarverslag 2010. Brussel: RIZIV.
- > *Statistieken van de Uitkeringen* 2012. Available from <http://www.riziv.be/information/nl/statistics/allowances/2012/pdf/statisticsallowances2012all.pdf>.
- > *Arbeidsongeschiktheid* 2014a. Available from [https://riziv.fgov.be/citizen/nl/allowances/PROTH\\_6.htm](https://riziv.fgov.be/citizen/nl/allowances/PROTH_6.htm).
- > 2014b. Belgisch verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Mijlpalen van het verleden, bakens voor de toekomst. Brussel: RIZIV.
- Rose, Diana. 1998. Television, madness and community care. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 8 (3):213-228.
- Roy, Stephannie C. 2008. 'Taking charge of your health': discourses of responsibility in English-Canadian women's magazines. *Sociology of Health & Illness* 30 (3):463-477.
- Rysst, Mari. 2010. "Healthism" and looking good: Body ideals and body practices in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 38 (5 suppl):71-80.
- Schepers, Rita. 2007. *Ziekte en Zorg. Inleiding in de medische sociologie*. Leuven & Voorburg: Acco.
- Schnittker, Jason. 2013. Public beliefs about mental illness. In *Handbook of the sociology of mental health*: Springer.
- Sigg, Roland. 2009. Lombalgies, incapacité de travail et réinsertion professionnelle: résultats d'une étude comparative. *Douleur et Analgésie* 22 (1):29-48.
- Signorielli, Nancy. 1989. The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting & Electronic Media* 33 (3):325-331.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. *Feiten en cijfers* 2014. Available from [http://www.armoedebestrijding.be/cijfers\\_minimum\\_uitkeringen.htm](http://www.armoedebestrijding.be/cijfers_minimum_uitkeringen.htm).

- Telles, Joel Leon, and Mark Harris Pollack. 1981. Feeling sick: The experience and legitimation of illness. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 15 (3, Part 1):243-251.
- Van Gorp, Baldwin. 2006. *Framing asiel: Indringers en slachtoffers in de pers*. Leuven & Voorburg: Acco.
- > 2007. The constructionist approach to framing: Bringing culture back in. *Journal of communication* 57 (1): 60-78.
- > 2010. Strategies to take subjectivity out of framing analysis. In *Doing news framing analysis: Empirical and theoretical perspectives*, edited by P. D'Angelo & J. Kuypers. New York: Routledge.
- > 2011. Inhoudsanalyse: het reconstrueren van frames. In *Benaderingen in kwalitatief onderzoek. Een inleiding*, edited by F. de Boer & A. Smaling: Boom Lemma (Den Haag).
- Vanthemscche, Guy. 1995. *De beginjaren van de sociale zekerheid in België 1944-1963*. Tweede ed. Brussel: VUBPress.
- Verhaeghe, Mieke. 2008. Stigma, een wereld van verschil? Een sociologische studie naar stigma-ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg, UGent, Gent.
- Verhaeghe, Mieke, Elise Pattyn, and Piet Bracke. 2010. Belgen over psychische problemen en psychische hulpverlening. Stigma in a global context - Belgian mental health survey: enkele eerste resultaten. *Psyche* 22 (4):16-18.
- Waring, Amanda, and Justin Waring. 2009. Looking the Part: Embodying the Discourse of Organizational Professionalism in the City. *Current Sociology* 57 (3):344-364.
- WHO. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Williams, Gareth. 1984. The genesis of chronic illness: narrative re-construction. *Sociology of Health & Illness* 6 (2):175-200.
- Zola, Irving Kenneth. 1966. Culture and Symptoms--An Analysis of Patient's Presenting Complaints. *American Sociological Review* 31 (5):615-630.



## ANNEXE 1: RÉCAPITULATIF DU MATÉRIEL D'ANALYSE

Article	Source	Date	Titre	Langue
1	Knack	27/11/2013	Terug aan het werk na borstkanker	NI
2	De Standaard	26/11/2013	Bewijzen wie in fout was, is niet eenvoudig	NI
3	De Tijd	14/12/2013	Wij zijn geen poppetjes van Bart De Wever	NI
4	De Standaard	15/01/2014	Dubbel zoveel aanvragen voor woonverzekering	NI
5	De Morgen	15/01/2014	Pensioen	NI
6	Het Nieuwsblad	9/01/2014	Helden van 9/11 blijken ordinaire oplichters	NI
7	De Standaard	20/08/2013	Ziekenfonds wordt misleid door neppatiënt	NI
8	De Standaard	14/08/2013	Liever ziek dan langer aan het werk	NI
9	De Standaard	16/08/2013	Helpt invaliden kan gewoon werken	NI
10	Vlaams Patiëntenplatform	20/08/2013	Een aanfluiting voor alle chronische zieken die willen werken	NI
11	VOKA	1/05/2013	Werkverzuim in uw onderneming	NI
12	Het Belang van Limburg	7/08/2013	"Ik wil graag werken, maar het gaat niet"	NI
13	De Tijd	8/11/2013	Burn-outs aanpakken betekent loopbaan hertekenen	NI
14	Gazet van Antwerpen	16/08/2013	ACV hekelt uitlating van Unizo over zieke vijftigplussers	NI
15	Het Laatste Nieuws	21/08/2013	"Bij OCMW beland omdat artsen ons niet geloven	NI
16	De Standaard	21/08/2013	Hoe het ziekenfonds een vangnet werd	NI
17	Netwerk Tegen Armoede	2/07/2013	Advies 'Invaliditeit en participatie'	NI
18	Gazet van Antwerpen	30/03/2013	Strijd tegen de verzuimcultuur	NI
19	Trends	24/01/2013	Alle achterpoortjes moeten dicht	NI
20	Trends	24/01/2013	INV & AOG pieken	NI
24	De Morgen	17/01/2014	Alleen je problemen oplossen kun je niet	NI
25	Trends	16/01/2014	Goed verzekerd tegen burn-out	NI
26	TV Familie	15/01/2014	Stevent Filip af... op burn-out?	NI
27	Het Nieuwsblad	11/01/2014	Leerkrachten gaan ten onder aan stress	NI
28	Het Laatste Nieuws	27/12/2013	Het is pauze nemen of burn-out	NI
29	Knack	5/02/2013	Een stempel op het voorhoofd	NI
30	Knack	25/12/2013	41894	NI
31	Dag Allemaal	24/12/2013	Ik geef nu les in burn-outpreventie	NI
32	De Standaard	21/12/2013	Laten we af en toe de overvloed terugschroeven	NI
33	De Standaard	13/12/2013	Preventie van burn-out ondermaats	NI
34	Metro	4/12/2013	Verplichte vrije tijd als middel tegen burn-out	NI
35	Trends	5/12/2013	Alarmbel	NI
36	TV Familie	22/01/2014	maar hij zal volledig revalideren	NI
50	De Morgen	13/02/2014	Het leven houdt niet op met parkinson. Het begint opnieuw	NI

Article	Source	Date	Titre	Langue
52	DeWereldMorgen	14/09/2013	De paradox van de invaliditeit: hoe het RIZIV omgaat met chronische vermoeidheid en pijn	Nl
53	Trends	31/05/2012	Meer zorg, minder beheer	Nl
54	De Tijd	5/11/2013	Ondernemingen moeten signalen burn-out herkennen	Nl
55	De Tijd	7/11/2013	Een zieke werknemer kost meer dan een gezonde. Doe iets aan burn-outs	Nl
69	Het Laatste Nieuws	15/01/2014	Gebroken harten kosten economie bom geld	Nl
70	Het Nieuwsblad	5/10/2013	Ik wens niemand een burn-out toe, maar misschien toch wel een beetje	Nl
71	Het Laatste Nieuws	8/10/2013	Mag er alstublieft controle zijn op mogelijk misbruik	Nl
72	De Standaard	22/08/2013	Het onnodige hindernissenparcours na kanker	Nl
73	Het Laatste Nieuws	17/05/2013	Diverse brieven	Nl
74	Het Laatste Nieuws	14/01/2014	Elke beweging is een messteek	Nl
21	Le Soir	23/01/2013	Toujours plus de travailleurs invalides	Fr
22	Le Soir	17/08/2012	Plus de 350 faux malades démasqués en 2011	Fr
23	Le Soir	14/12/2012	Record d'incapacités de travail	Fr
37	Le Soir	7/07/2001	Un travailleur défaillant peut couter 10000F au patron. Taux d'absentéisme de 23% dans les entreprises	Fr
38	Le Soir	4/09/2012	"L'entreprise dépend à 100% de l'humain"	Fr
39	Le Soir	25/01/2013	La justice donne raison à une fibromyalgique	Fr
40	Le Soir	13/11/2004	Les entreprises se vaccinent contre l'absentéisme	Fr
41	Le Soir	16/01/2013	La Belgique pénalise les malades de longues durées	Fr
42	Le Vif	3/01/2014	La conviviale attitude comme seconde nature	Fr
43	Moustique	15/01/2014	Travaillez heureux	Fr
44	Le Soir	30/11/2013	Créativité: faut-il être deux pour être un entrepreneur heureux?	Fr
45	Le Soir	19/02/2013	Non à la criminalisation du mouvement social!	Fr
46	Le Soir	4/12/2012	Le patron de PME "On devient esclave de son cerveau"	Fr
47	Le Soir	20/04/2012	La santé mentale face au burn-out	Fr
48	Le Soir	2/02/2012	Le stress au travail nuit à l'efficacité	Fr
49	Le Soir	26/10/2011	"La pression sur les travailleurs devient quasi inévitable"	Fr
51	Flair	4/12/2013	Je suis malade	Fr
56	Femmes d'Aujourd'hui	7/11/2013	Je burn-oute, tu burn-outes	Fr
57	Moustique	19/12/2012	Gare au présentisme	Fr
58	Femmes d'Aujourd'hui	13/12/2014	Quand la douleur s'installe	Fr
59	Femmes d'Aujourd'hui	4/10/2012	Je souffre de la maladie	Fr
60	Le Vif	7/06/2013	Le burn-out est une maladie de civilisation	Fr
61	Gael	22/05/2013	Quand les boss misent sur notre bonheur	Fr
62	Gael	22/05/2013	Finalement, ce burn-out est la meilleure chose qui me soit arrivée	Fr

Article	Source	Date	Titre	Langue
63	Le Vif	8/04/2011	Et si on prenait du temps pour soi?	Fr
64	Moustique	20/03/2013	Comment les entreprises nous brutalisent	Fr
65	Femmes d'Aujourd'hui	5/09/2013	Place aux papas!	Fr
66	PlusM	21/10/2010	Démarrer la semaine sans stress	Fr
67	Metro	5/11/2013	Les congés maladies de longue durée explosent	Fr
68	Le Soir	24/12/2012	médecin fraudeur: les patients toujours complices	Fr
75	La Libre Belgique	18/04/2013	Un travailleur sur 4 proche du burn-out. Et vous?	Fr
76	La Libre Belgique	5/06/2010	Burn-out au travail: vers plus d'humanité!	Fr
77	La Libre Belgique	6/04/2013	Burn-out: il n'y a pas de fumée sans feu	Fr
78	La Libre Belgique	21/09/2013	Améliorer santé et sécurité au travail	Fr
79	La Libre Belgique	18/03/2013	Vague de burn-out en raison de la crise	Fr
80	La Libre Belgique	11/07/2012	Oui, le capitalisme tue	Fr
81	La Libre Belgique	18/02/2014	Le burn-out, "face visible d'un problème plus global"	Fr
82	La Libre Belgique	28/03/2013	Toujours plus d'absents au travail	Fr
83	La Libre Belgique	30/10/2013	De plus en plus de travailleurs en congé de maladie de longue durée	Fr
84	La Libre Belgique	25/04/2013	Les indépendants sont trop stressés	Fr
85	La Libre Belgique	26/10/2013	Les indépendants sont rongés par le stress et menacés par le burn out	Fr
86	La Libre Belgique	6/04/2013	L'oeil du philosophe sur une pathologie de civilisation	Fr
87	La Libre Belgique	19/04/2012	L'assurance-maladie insuffisante	Fr

## ANNEXE 2: MATRICE DES FRAMES

Frame	Thème culturel	Définition problématique de l'incapacité de travail/ l'invalidité	Cause du problème	Conséquence de la situation	Défis politiques	Solutions politiques	Choix des mots et métaphores	Slogans
<b>1. Anormal</b>	<i>La condamnation de personnes qui s'écarteraient visiblement d'une norme (arbitraire)</i>	En dehors de leur cercle intime, les personnes en incapacité de travail et invalides sont jugées anormales parce qu'elles s'écarteraient de normes telles que la vitalité et l'épanouissement par le travail; les personnes extérieures estiment que "rester à la maison et recevoir une allocation sans rien faire", c'est s'écarter de la norme.	La maladie est peu ou pas visible (ex.: une jambe cassée), et/ou peu ou pas connue; elle peut aussi présenter un caractère cyclique qui déclenche chez les personnes extérieures une réaction basée sur leurs conceptions de ce que sont un comportement approprié, une maladie, la santé; l'intéressé qui s' imagine qu'une personne extérieure le montrera du doigt, joue aussi un rôle en la matière.	Les personnes sont victimes de rejet, voire d'hostilité; ce comportement stigmatisant, ou la crainte (imaginaire) de celui-ci, déclenche des émotions négatives et même des dépressions et freine la réintégration.	Nuancer ou modifier les conceptions des profanes en ce qui concerne la maladie et la santé.	Promouvoir l'acceptation et la déstigmatisation des personnes touchées en diffusant des informations pertinentes et précises sur la maladie et la santé.	Angoisse, délation; maladie de bonne femme paresseuse; l'allocataire bronzé; critique; préjugés; 'c'est dans la tête'; adopter une façade; l'idée qu'on est observé, 'comment vont réagir les gens (et les collègues)?'; l'impression de devoir toujours prouver son incapacité; angoisse d'être 'pris' à faire quelque chose.	"Ne sois pas ridicule, fais un effort"; "Je ne pouvais plus travailler, mais j'allais de temps en temps boire un verre avec des amis. Les gens trouvaient ça bizarre et en parlaient."

Frame	Thème culturel	Définition problématique de l'incapacité de travail/l'invalidité	Cause du problème	Conséquence de la situation	Défis politiques	Solutions politiques	Choix des mots et métaphores	Slogans
<b>2. Counterframe: Vivre autrement</b>	Gérer une maladie (et ses conséquences) est un processus d'apprentissage qui débouche sur un nouveau mode de vie	C'est la maladie ou la déficience qui constitue le problème et non les personnes; elles s'occupent activement de leur traitement, apprennent à gérer la maladie et/ou à l'intégrer dans leur vie; ce peut être un long processus; le fait d'être trop peu encadré peut être problématique.	La vie (travail, relations et projets d'avenir) des personnes touchées est bouleversée par la maladie ou la déficience; accepter de devoir avancer dans la vie avec une déficience peut être difficile.	L'évidence antérieure du propre corps et du 'moi' se perd.	Les personnes doivent pouvoir intégrer leur maladie et ses conséquences dans leur (nouvelle) vie quotidienne et toute aide est la bien-venue, y compris celle de l'INAMI; il faut encourager l'employeur à leur confier un travail sur mesure; s'il y a reprise du travail, faire attention: (1) à la <i>rétrogradation</i> (2) aux conséquences négatives d'un emploi à temps partiel sur les allocations en cas de rechute et (3) aux conflits avec les collègues.	Soutenir la reconstruction biographique des intéressés via des groupes d'entraide; ne pas considérer le malade comme un 'bénéficiaire passif' des soins, mais comme l'inventeur actif de ces mêmes soins; les intéressés sont des experts du vécu qui soutiennent leurs compagnons d'infortune; un travail sur mesure; la personne a la possibilité de réintégrer le monde du travail en toute sécurité.	Soins autonomes; volontariat; "illness work", être malade est un travail; la capacité de la personne comme point de départ; le droit à l'essai et à la sécurité sociale.	"Certains pensent que la vie s'arrête avec Parkinson. Pour moi, elle recommence tout simplement. Je ne vivrai peut-être pas beaucoup plus vieux. Mais je veux que ma vie continue à avoir un sens et m'investir le plus possible pour des compagnons d'infortune".

Frame	Thème culturel	Définition problématique de l'incapacité de travail/ l'invalidité	Cause du problème	Conséquence de la situation	Défis politiques	Solutions politiques	Choix des mots et métaphores	Slogans
3. Gardien	Une personne (porter) qui surveille l'accès et la sortie d'un bâtiment, d'un système...	La réglementation actuelle crée une relation asymétrique entre les médecins contrôleurs et les personnes en incapacité de travail ou invalides; il y a un risque que les deux parties parlent des langues différentes (culture, classe sociale,...); les personnes courent alors le risque de ne pas être crues, ce qui remet en question leur légitimité.	La progression de l'Evidence Based Medicine montre qu'il existe des opinions et des pratiques différentes entre les médecins, ce qui peut créer un doute; les maladies psychiques surtout sont plus difficiles à diagnostiquer; la différence entre 'avoir une maladie' (catégorie médicale) et 'être malade' (expérience de l'intéressé); la législation 'tout ou rien', c'est blanc ou noir, alors que la frontière entre capable et incapable peut être floue.	La mutuelle radie l'intéressé, avec comme conséquence un retour à l'allocation de chômage et enfin le CPAS.	En cas de doute quant au diagnostic, on remet en question le récit du patient; les personnes ont l'impression d'être dans un vide scientifique et juridique.	Une reconnaissance scientifique et juridique rapide des maladies est nécessaire; une meilleure communication entre les parties concernées; établir des recommandations de bonnes pratiques pour les médecins contrôleurs.	Jouer la comédie, faire son cinéma, maladies inconnues et imaginaires, diagnostiquées de façon non univoque; humilier, blesser, ne pas croire; retirer, exclure; préjugés du médecin; problème de communication; objectivité versus subjectivité; rôle ingrat; les gardiens du temple.	"Ce genre de maladie n'a pas de symptômes clairs et nous nous heurtons à de l'incrédulité"; 'être malade' ne peut pas toujours être déterminé de façon objective; un patient n'est pas l'autre, tout comme un médecin n'est pas l'autre; "les médecins réfléchissent en médecins, en se basant sur leur profession, alors qu'ils devraient tenir compte du contexte plus large".

Frame	Thème culturel	Définition problématique de l'incapacité de travail/ l'invalidité	Cause du problème	Conséquence de la situation	Défis politiques	Solutions politiques	Choix des mots et métaphores	Slogans
<b>4. Counterframe: Polyphonie</b>	Plusieurs lignes mélodiques exécutées simultanément créent une tonalité riche et complexe	Le travail et l'incapacité de travail sont non seulement des questions médicales, mais aussi des matières à plusieurs facettes (biologiques, sociales et psychologiques).	Mais, dans le système de sécurité sociale, l'évaluation est totalement médicalisée; communication insuffisante ou absente entre les différents médecins (généraliste, médecin-conseil, médecin contrôleur,...).	Les médecins sont seuls et portent seuls l'entière responsabilité des décisions prises.	Ne pas démedicaliser l'évaluation, mais la pluraliser. Et ce, dans le but de soutenir les médecins concernés.	Une évaluation basée sur un modèle bio-psycho-social et réalisée au sein d'une relation multidisciplinaire (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, kinés); plus de communication entre les différents médecins.	Pluraliser le débat; Déléguer des tâches; Approche globale; Différentes compétences et connaissances requises.	"Ce n'est pas au médecin à tout prendre en charge"; "prescrire non seulement des séances de kiné, mais aussi des séances avec le coach du travail"; "il ne s'agit pas d'établir un diagnostic, mais de déterminer comment quelqu'un fonctionne".

Frame	Thème culturel	Définition problématique de l'incapacité de travail/l'invalidité	Cause du problème	Conséquence de la situation	Défis politiques	Solutions politiques	Choix des mots et métaphores	Slogans
<b>5. Labyrinth</b>	<i>Un système complexe de couloirs et d'espaces dans lequel on s'égare et dont on n'arrive plus à sortir</i>	Les personnes en incapacité de travail et invalides se perdent dans le dédale de la réglementation.	La réglementation réduit la capacité d'action des intéressés; la législation a un caractère strictement binaire, c'est tout (capable de travailler) ou rien (incapable de travailler); de plus, les intéressés la trouvent très complexe; ils reçoivent parfois des avis et des informations contradictoires.	Les intéressés perdent leur chemin, s'isolent et risquent un déclin social.	Le système d'incapacité de travail et d'invalidité actuel trop complexe fait obstacle à la réintégration des intéressés; il se concentre sur leurs déficiences et non sur leurs capacités; rares sont ceux qui savent ce qui est autorisé ou non.	Le système doit être simplifié et se concentrer sur la réintégration; davantage de communication sur ce qui autorisé ou non (besoin de guides); un emploi sur mesure est nécessaire, être attentif aux tensions avec les collègues au moment du retour au travail.	Le parcours est semé d'embûches, de pièges, de pièges à l'emploi; complexe; statut rigide, système rigide, pas de gradation; tourner en rond; petite mort, vies perdues, stagnation, fini, pas d'avenir.	"Ces patients préféreraient travailler, mais se heurtent au système INC dans lequel 'ne pouvoir travailler qu'un peu n'est pas simple"; "ne pas pouvoir participer"; "ils n'osent plus faire un pas de crainte de faire quelque chose de mal".



Frame	Thème culturel	Définition problématique de l'incapacité de travail/l'invalidité	Cause du problème	Conséquence de la situation	Défis politiques	Solutions politiques	Choix des mots et métaphores	Slogans
<b>6. Counterframe: Fil d'Ariane</b>	Par amour pour Ariane, Thésée a tué le Minotaure et a pu quitter le labyrinthe grâce à un fil	L'assurance-maladie garantit que la société n'abandonne pas les gens à leur sort, mais les accompagne pour qu'ils puissent reprendre le fil de leur vie.	Les personnes reçoivent des signaux et présentent des symptômes qui les avertissent qu'elles doivent quitter provisoirement la vie professionnelle.	Il y a un coût financier pour l'INAMI, mais l'intéressé a la possibilité de travailler sur lui-même et peut-être de donner une nouvelle orientation à sa vie.	Éviter que la personne ne quitte définitivement le marché du travail ou ne fasse une rechute après la guérison; être aussi attentif aux <i>rétrogradations</i> et aux conséquences négatives d'un emploi à temps partiel sur les allocations en cas de rechute.	Introspection: réfléchir à sa manière de faire; offrir des formations et des possibilités de recyclage; regarder les capacités restantes; un marché du travail flexible qui permet un tel changement.	Pause, répit; une aide et un soutien, notamment des coachs du travail, des médecins-conseils et des thérapeutes.	"Cesser de s'abrutir"; "réagir correctement aux signaux du corps".

Frame	Thème culturel	Définition problématique de l'incapacité de travail/ l'invalidité	Cause du problème	Conséquence de la situation	Défis politiques	Solutions politiques	Choix des mots et métaphores	Slogans
7. Fraude	Utilisation abusive des ressources collectives	Des personnes abusent de l'assurance-maladie dans une mauvaise intention: elles ne sont pas vraiment malades ou elles se disent plus malades qu'elles ne le sont en réalité; ainsi, elles nuisent au principe de solidarité.	La mauvaise mentalité des fraudeurs, ils ne veulent pas ou plus travailler; ou ils veulent travailler au noir; certains médecins généralistes complaisants jouent également un rôle en la matière.	La fraude est telle qu'elle met les ressources de l'INAMI sous pression et que les vrais malades sont pénalisés; les fraudeurs sont une charge pour leur employeur et leurs collègues qui doivent reprendre leurs tâches.	Le contrôle censé endiguer les abus et les règles qui doivent étouffer ceux-ci dans l'œuf échouent ou sont en tout cas inadaptés, parce qu'ils sont mal organisés ou trop laxistes; des médecins contrôleurs qui se comportent en agents de police.	Rendre les mécanismes de contrôle plus sévères et les appliquer de façon plus stricte; étendre les instances de contrôle et mettre davantage de moyens à leur disposition; il faut aussi veiller à changer la mentalité des intéressés; simplification du système.	Soi-disant malade, pseudo-dépression, feindre, falsifier; rusé, abus, passer à la caisse, arnaquer, encaisser de l'argent auquel on n'a pas droit; combattre le gaspillage et la fraude, endiguer, s'attaquer à, sévir.	"Les mutualités se font avoir par des patients qui font semblant d'être incapables de travailler"; "le nombre d'invalides diminuerait de moitié si on contrôlait mieux".

Frame	Thème culturel	Définition problématique de l'incapacité de travail/ l'invalidité	Cause du problème	Conséquence de la situation	Défis politiques	Solutions politiques	Choix des mots et métaphores	Slogans
<b>8. Counterframe: le Débrouillard</b>	Chercher à tirer un avantage d'une situation	Certaines personnes utilisent le filet social que leur offre l'incapacité de travail pour en tirer un bénéfice, elles jouent avec les règles existantes, non pas dans un but criminel, mais parce qu'elles estiment que ça leur est utile (variante consciente); les personnes en INC et INV souhaitent rester actives et aider autrui, elles ne se rendent pas compte qu'elles enfreignent des règles publiques (variante inconsciente).	Les gens tentent d'avoir une vie 'plus confortable' et peuvent perdre de vue le fait que c'est au détriment de la société; l'ignorance qui entraîne une prétendue fraude; une différence trop faible entre l'allocation et le salaire.	Les conséquences inattendues d'une législation et les effets pervers d'un système.	Remédier aux failles du système sans saper le principe de solidarité; contrôler sans mettre en péril l'entraide.	Simplification et rationalisation du système; légaliser les 'petits travaux' des intéressés.	Le brigand sympathique; quand on est faible, il faut être malin; la loi du moindre effort; Thyl Ulenpiegel; tension entre les exigences de la vie privée et de la vie professionnelle; trous dans l'économie; rendre service, entraide, coup de main.	"Ils oublient que l'incapacité de travail n'est pas un droit, mais une faveur"; "si on est suffisamment malin pour se jouer des règles, on peut certainement retravailler, avec les félicitations du jury".

Frame	Thème culturel	Définition problématique de l'incapacité de travail/l'invalidité	Cause du problème	Conséquence de la situation	Défis politiques	Solutions politiques	Choix des mots et métaphores	Slogans
<b>9. Le Canari dans la mine</b>	<i>La mort du canari avertit de la présence de gaz toxiques dans la mine</i>	Les personnes en incapacité de travail et invalides ne sont pas le problème; elles ne sont que le signal d'un problème plus profond, à savoir une mauvaise symbiose entre le contexte économique et financier, l'organisation du travail et les personnes concernées.	La zone de tension pathogène entre les exigences du capitalisme, la manière dont le travail est conçu et organisé et les capacités et les besoins des personnes met la pression sur ces dernières et elles 'craquent'.	La vie individuelle est bouleversée; ses conséquences financières (directes et indirectes) sont pour les organisations et l'INAMI.	Étant donné que les personnes en incapacité de travail et invalides sont le signe d'un problème plus profond, il est absurde de les remplacer; il faut s'attaquer aux causes sous-jacentes et rechercher un équilibre sain et une symbiose optimale.	Organiser le travail de manière à ne pas le faire peser (ou à le faire peser moins) sur une personne qui doit être sans cesse disponible et flexible; opter pour une organisation du travail sur mesure, qui privilégie les besoins et les capacités individuels.	Manque de prévention; de bonnes conditions de travail; un coaching insuffisant; surcharge de travail, éteint, consumé, burnout; la carrière du citron; compétition; sur-présentisme; ne pas savoir fonctionner dans le système, le prix du système, c'est l'exclusion.	<i>Se tuer au travail; "un canari malin cherche l'air frais, encore faut-il que la porte de la cage soit ouverte".</i>

Frame	Thème culturel	Définition problématique de l'incapacité de travail/ l'invalidité	Cause du problème	Conséquence de la situation	Défis politiques	Solutions politiques	Choix des mots et métaphores	Slogans
<b>10. Counterframe: Gagnant-gagnant</b>	<i>Une situation ou une convention qui bénéficie à l'ensemble des intéressés; un gain pour l'un ne signifie pas une perte pour l'autre</i>	L'incapacité de travail est inévitable, parce que c'est 'le prix' à payer pour intégrer des personnes dans un contexte professionnel; la maladie et la santé (mentale ou physique) font partie intégrante du travail; les travailleurs (en bonne santé ou malades) et les employeurs vivent une situation symbiotique où chacun trouve son compte.	La personne n'est pas réduite à une 'force de travail'; l'accent n'est pas mis sur la 'productivité', mais sur l'attention accordée à l'interaction entre le lieu de travail et les aspects biologiques, sociaux et psychologiques de l'intéressé.	Lorsque l'on est attentif à l'interaction et à la personne, à sa santé et à son bien-être, ceux-ci constituent un élément structurel du travail et on peut plus facilement les intégrer.	Le bien-être et la santé sont une affaire collective dont chacun est responsable (salariés, employeurs, autorités,...); investir dans le bien-être et la santé ne doit pas être considéré comme une charge économique ou un obstacle pour les organisations.	La santé et le bien-être au travail sont des atouts importants dont bénéficient tant les personnes et les entreprises que la société; les gens heureux et en bonne santé s'investissent davantage et sont plus productifs.	Corresponsabilité: RSE/CSR; bien-être, bonheur; l'acacia et les fourmis.	<i>Le bonheur au travail, durable et rentable.</i>





Fondation  
Roi Baudouin

*Agir ensemble pour une société meilleure*

[www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)

Vous trouverez davantage  
d'informations au sujet de nos projets,  
de nos manifestations et de nos  
publications sur [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be).

Une lettre d'information électronique  
vous tient au courant.  
Vous pouvez adresser vos questions à  
[info@kbs-frb.be](mailto:info@kbs-frb.be) ou au 02-500 45 55.

Fondation Roi Baudouin,  
rue Brederode 21, B-1000 Bruxelles  
02-511 18 40.

Les dons de 40 euros ou plus versés  
sur notre compte  
IBAN: BE10 0000 0000 0404  
BIC: BPOTBEB1  
sont fiscalement déductibles.

La Fondation Roi Baudouin est une fondation indépendante et pluraliste, active en Belgique et au niveau européen et international. Nous voulons apporter des changements positifs dans la société et, par conséquent, nous investissons dans des projets ou des individus propres à en inspirer d'autres.

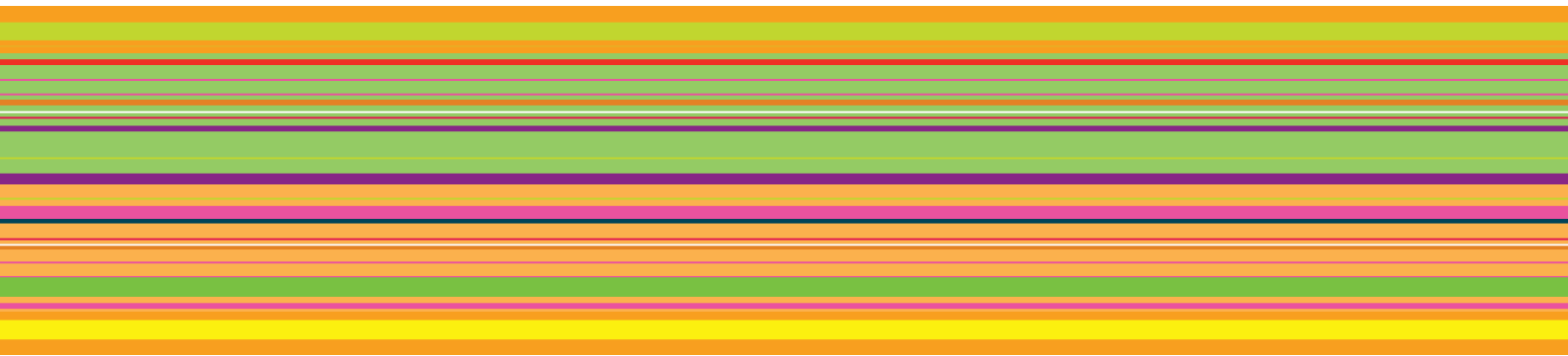
En 2013, nous avons notamment soutenu 2.000 organisations et individus pour un montant total de 28 millions d'euros. Deux milles personnes dans des jurys indépendants, des groupes de travail et des comités d'accompagnement ont mis bénévolement leur expertise à disposition. La Fondation organise également des tables rondes sur d'importants thèmes sociétaux, communique les résultats de la recherche dans des publications (gratuites), noue des partenariats et stimule la philanthropie 'via' la Fondation Roi Baudouin et non 'pour' elle.

La Fondation a été créée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du Roi Baudouin.

**Merci à la Loterie Nationale et à tous les donateurs pour leur précieux soutien.**

Suivez-nous sur





pub n° 3255

Framing et reframing : vers une déstigmatisation de  
l'incapacité de travail et de l'invalidité